



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**A narrativa da experiência de vida como
recurso no processo de *recovery* da pessoa
com doença mental grave na comunidade**

Ana Maduro

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**A narrativa da experiência de vida como
recurso no processo de *recovery* da pessoa
com doença mental grave na comunidade**

Ana Maduro

Docente Orientador: Professor Carlos David

2013

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao docente orientador do projeto/relatório de estágio que me ajudou a encontrar um caminho ao longo deste percurso.

A todos os profissionais que tiveram um papel interventivo no meu percurso de aprendizagem e no meu desenvolvimento. Mostraram-me o que é a saúde mental, o que é a determinação, a persistência e a paixão por esta área de cuidados específica.

A todas as pessoas que de modo direto ou indireto estiveram envolvidas no meu percurso e que o tornaram possível, a elas dedico um muito obrigado.

Por último quero agradecer à minha família e amigos a compreensão pelos momentos de ausência, e em especial aos meus pais sem os quais tudo tinha sido muito mais difícil.

RESUMO

Este relatório tem como finalidade espelhar o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, de acordo com objetivos pessoais e profissionais definidos.

A finalidade deste percurso de aprendizagem foi compreender o papel do enfermeiro especialista em saúde mental, como facilitador no processo de *recovery* da pessoa com doença mental grave na comunidade.

Na concretização deste percurso foram realizados três estágios distintos, com objetivos específicos para cada um deles. Um primeiro estágio numa Instituição Particular de Solidariedade Social para conhecer o processo de *recovery*; um segundo estágio numa Unidade de Internamento de Psiquiatria para o desenvolvimento de competências de intervenção perante a pessoa em situação de crise e um terceiro estágio numa Unidade de Intervenção Comunitária.

Neste último estágio explorei as narrativas da experiência de vida, como um recurso para o processo de *recovery* da pessoa com doença mental grave na comunidade. Para a prática de cuidados recorri à perspetiva existencial-humanista que funcionou como orientação para as intervenções realizadas. Neste sentido desenvolvi atividades individuais com quatro clientes de acordo com as suas necessidades de *recovery*, estas foram avaliadas através da narrativa da experiência de vida e sustentadas pelo modelo de enfermagem para o *recovery* *The Tidal Model*.

A partir destas narrativas foi possível construir com o cliente um plano de cuidados, utilizando linguagem simples que refletiu a voz do cliente na primeira pessoa. O relatório também descreve o impacto que este percurso de aprendizagem provocou em mim. Esta experiência aumentou o meu autoconhecimento, ajudou-me a reconhecer as minhas capacidades mas também os meus limites, inseguranças, dificuldades e ao mesmo tempo proporcionou um desenvolvimento de competências específicas, das quais resultou uma prática mais estruturada, refletida e sustentada em evidência.

Palavras-chave: comunidade; cliente; competências específicas em enfermagem de saúde mental; processo de *recovery*; narrativas da experiência de vida.

ABSTRACT

The purpose of this report is to show the development of specific skills of the nurse specialized in mental health nursing, according to defined personal and professional objectives.

The aim of this learning process was to understand the role of the nurse specialized in mental health, as a facilitator in the recovery process of the person with serious mental illness in the community.

In order to achieve this route three different traineeships were done with specific objectives for each. The first one in a Social Service Private Institution in order to know the recovery process; a second one in a Inpatient Psychiatric Unit to develop intervention skills in crisis situations and a third one in a Community Intervention Unit.

In this last one I explored the narratives of life experience, as a resource for the recovery process of the person with serious mental illness in the community. For the practice of care I used the humanist existential perspective that worked as a guideline for the interventions that were done. In this way I developed individual activities with four clients according to their recovery needs, which were evaluated through the narratives of their life experience and sustained by the nursing model for recovery: The Tidal Model.

Starting from these narratives it was possible to build a care plan with the client, using simple language which reflected the voice of the client in the first person. This report also describes the impact that this learning process had on me. This experience increased my self-knowledge, helped me to recognize my capacities, my limits, uncertainties and difficulties, but it also allowed the development of specific skills that turned into a more structured and reflected practice, sustained on evidence.

Key Words: community; client; specific skills in mental health nursing; recovery process; narratives of life experience.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1. A saúde mental	11
2.2. O conceito de <i>recovery</i>	14
2.3. A perspetiva existencial-humanista	18
2.4. Modelo de enfermagem para o <i>recovery</i> : <i>The Tidal Model</i>	20
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	26
3.1. Estágio na Instituição Particular de Solidariedade Social	28
3.2. Estágio no internamento de psiquiatria de adultos	29
3.2.1. Análise das intervenções	30
3.3. Estágio de Psiquiatria na Unidade de Intervenção Comunitária	35
3.3.1. Programa de Reabilitação e Intervenção em Saúde Mental em Ambulatório: Análise das intervenções	41
3.3.2. Grupo Psicoeducativo: Análise das intervenções	45
3.3.3. Instituição de Reabilitação para Cidadãos Inadaptados: Análise das intervenções	48
4. CONCLUSÃO	53
BIBLIOGRAFIA	57

APÊNDICES	63
APÊNDICE I – Cronograma de atividades	64
APÊNDICE II – <i>The Tidal Model</i>: a pessoa	67
APÊNDICE III – Avaliação Holística	69
APÊNDICE IV – Os compromissos e competências do <i>Tidal Model</i>	80
APÊNDICE V- Instrumento para avaliação dos objetivos presentes do cliente utilizado na Unidade de Intervenção Comunitária	85
APÊNDICE VI – Consentimento informado	87
APÊNDICE VII – Autorização da comissão de ética e conselho de administração do hospital	89
APÊNDICE VIII – Cliente M.	91
APÊNDICE IX – Cliente P.	114
APÊNDICE X – Módulo adesão ao regime terapêutico: planeamento da primeira sessão	139
APÊNDICE XI – Módulo adesão ao regime terapêutico: planeamento da segunda sessão	143
APÊNDICE XII – Módulo adesão ao regime terapêutico: planeamento da terceira sessão	148
APÊNDICE XIII – Cliente J.	151
APÊNDICE XIV – Cliente L.	163

1. INTRODUÇÃO

A minha experiência profissional enquanto enfermeira na prestação direta de cuidados de enfermagem até ao momento incidiu de um modo geral, sobre o adulto e o idoso em situação de cuidados médico-cirúrgicos. A necessidade de adquirir competências específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria emerge de um interesse pessoal e profissional sobre o ser humano e o seu comportamento, nomeadamente nas respostas do cliente a processos indutores de sofrimento, o significado que o cliente atribui às suas vivências e como intervir na sua recuperação/necessidades. Para ajudar o cliente a atribuir significado conceptual ou afetivo aos seus problemas dentro da relação terapêutica, é necessário o desenvolvimento de competências específicas em saúde mental, uma área transversal. Cada vez mais na minha prática de cuidados médico-cirúrgicos surgem clientes com necessidades específicas no âmbito da saúde mental, aos quais sinto necessidade de dar uma resposta mais refletida, estruturada e uma intervenção mais sustentada.

Surgiu também em mim uma inquietação relacionada com as políticas de saúde mental, sobre a desinstitucionalização e consequente orientação para uma rede de cuidados comunitários de saúde mental orientados para o *recovery*. Tenho especial interesse pessoal e profissional pela intervenção comunitária que acredito ter ganhos em saúde, e espero vir a desempenhar um papel com significado no processo de *recovery* em diferentes fases do ciclo de vida da pessoa.

Segundo o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) este novo conceito de recuperação denominado *recovery* reflete uma mudança no papel das pessoas com doença mental, no seu tratamento e na sua integração, ou seja, abandonou-se a perspetiva passiva do cliente. Para o mesmo relatório esta mudança envolve uma posição mais ativa dos clientes, reconhecendo os seus direitos de atingir a máxima autonomia possível, tomar decisões e efetuar escolhas.

De acordo com o relatório *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope* da *World Health Organization* (2001), cada vez mais se reconhece que a prestação de cuidados na comunidade melhora os resultados e a qualidade de vida das pessoas com experiência de doença mental crónica ao contrário da institucionalização. O

mesmo relatório descreve que as intervenções na comunidade podem diminuir o estigma relacionado com o tratamento, sendo que se preconiza que os hospitais psiquiátricos devam ser substituídos por serviços comunitários com apoio de internamento em hospitais gerais.

Apesar de a evidência enaltecer as intervenções em espaço comunitário, em Portugal segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008) o internamento continua a consumir a maior fonte de recursos disponíveis no sistema de saúde, concluindo-se que as equipas de saúde mental na comunidade interdisciplinares com competências específicas são insuficientes, para intervir junto da pessoa com doença mental, na sua recuperação, na intervenção na crise e na família.

Em Portugal são escassos os dados relativamente à prevalência dos problemas de saúde mental, mas segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008, p. 6) “ (...) não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes, ainda que os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres, idosos) pareçam apresentar um risco mais elevado do que no resto da Europa.” Segundo o mesmo relatório existem carências graves em Portugal tanto ao nível da acessibilidade, igualdade de acesso e qualidade de cuidados.

Para o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008) a descentralização dos serviços tem tido uma evolução positiva, no entanto existe uma falta de planeamento e de apoio regular o que deixou Portugal mais atrasado relativamente a outros países da Europa. O mesmo documento enaltece a desinstitucionalização da pessoa com doença mental, preconizando uma política de cuidados orientados para a comunidade promovendo assim uma maior participação dos clientes e das suas famílias.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008) destaca ainda uma menor qualidade dos cuidados na comunidade; pouca participação dos clientes e da família nas tomadas de decisão; pouca investigação na área da saúde mental e psiquiatria em Portugal e um escasso investimento em programas de promoção e prevenção. O Plano supracitado assinala o *recovery*, como um valor essencial integrado na promoção da autodeterminação da pessoa com doença mental.

Em Portugal segundo Jorge-Monteiro e Matias (2007) existe pouca investigação sobre o *recovery* integrado na doença mental.

Os enfermeiros de saúde mental segundo Camann (2010) podem utilizar a relação estabelecida com os clientes e os grupos, para promover a saúde e o *recovery* ao assistirem nos processos de tomada de decisão. O mesmo autor mencionou que os enfermeiros encontram-se numa posição única, para ajudar os indivíduos e os grupos a contextualizar a sua experiência e recursos, ajudando no *recovery*.

Os autores Kelly e McKenna (2004) referem que a profissão de enfermagem pode encorajar políticas e práticas, que não discriminem a pessoa que tem ou teve problemas relacionados com a doença mental. Os mesmos autores indicam a importância de assegurar a proteção e a segurança da pessoa com doença mental no espaço da comunidade, que está sujeita a uma reduzida qualidade de vida, à estigmatização, ao isolamento social e a condições de habitação precárias.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010a), o enfermeiro especialista em saúde mental estabelece relações de confiança e ao mesmo tempo de parceria com a pessoa, influenciando o crescimento do seu *insight* e o desenvolvimento de competências para que este encontre novos caminhos.

Torna-se assim segundo Bell (2011) emergente que os próximos grandes passos para a saúde mental sejam no investimento da prevenção, na intervenção precoce e no aumento de suporte aos clientes durante o processo de *recovery*, continuando a batalha contra o estigma e a discriminação.

Após a exposição e justificação da pertinência da problemática defini como finalidade deste trabalho “compreender o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, como facilitador no processo de *recovery* da pessoa com doença mental grave na comunidade”.

Para responder à finalidade deste trabalho desenvolvi três estágios. O primeiro estágio decorreu numa Instituição Particular de Solidariedade Social em Lisboa, para eu conhecer o processo de *recovery*. O segundo estágio foi numa unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos num Hospital geral localizado no distrito de Setúbal, onde tive o

primeiro contacto com a pessoa com doença mental em situação de crise. O terceiro estágio foi realizado numa Unidade de Intervenção Comunitária integrada num concelho do distrito de Setúbal, sendo esta uma extensão do Hospital onde desenvolvi o estágio de internamento. Nesta Unidade estive inserida no Programa de Reabilitação desenvolvido, onde o principal objetivo foi trabalhar o *recovery* associado ao *empowerment* através de intervenções específicas individuais. O tempo total dos três estágios teve uma duração de 19 semanas e decorreu entre 1 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013, encontrando-se o respetivo cronograma de atividades em apêndice (APÊNDICE I).

O quadro de referência para a prática de cuidados de enfermagem foi a perspetiva existencial-humanista e o modelo de enfermagem para o *recovery* em saúde mental *The Tidal Model*, que recorre à narrativa da experiência de vida como um recurso para o *recovery* da pessoa com doença mental. O *The Tidal Model* para Cutcliffe, Hyrkas e Makenna (2009) citado por Barker e Buchanan-Barker (2010) é reconhecido cada vez mais como uma importante teoria de enfermagem de médio alcance.

A elaboração deste relatório de estágio teve como ponto de partida um projeto, integrado no 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Foi solicitado o desenvolvimento de um projeto de estágio e a sua operacionalização, onde estivesse refletido o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Neste sentido a realização deste relatório de estágio, espelha a operacionalização de um projeto individual bem como o percurso de aprendizagem, crescimento pessoal e profissional.

No relatório vem descrito o referencial teórico que me permitiu sustentar as minhas intervenções ao longo dos três estágios. Vem também narrado o meu percurso de aprendizagem para o desenvolvimento de competências específicas, referindo os respetivos campos de estágio e a operacionalização das intervenções planeadas, juntamente com a respetiva análise descritiva e reflexiva dos ganhos obtidos tanto nos clientes como no meu crescimento pessoal e profissional. No relatório está também incluída a bibliografia consultada e uma lista de apêndices que estão assinalados ao longo de todo o relatório.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a *World Health Organization* (2011) a saúde mental é definida como um estado de bem-estar onde cada pessoa percebe o seu próprio potencial, consegue lidar com os problemas normais da vida e trabalhar de modo produtivo contribuindo para a sua comunidade. A mesma organização em 1948 descreveu a dimensão positiva da saúde mental assinalando-a na definição de saúde: um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

2.1. A saúde mental

Segundo a diretora-geral Chan (2010) da *World Health Organization* existem no mundo mais de 150 milhões de pessoas que sofrem de depressão, cerca de 125 milhões de pessoas são afetadas pelos transtornos causados pelo álcool, cerca de 40 milhões de pessoas sofrem de epilepsia, 24 milhões de doença de Alzheimer e todos os anos cerca de 1 milhão de pessoas colocam fim à sua vida. De acordo com o *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group* (*World Health Organization*, 2010), cerca de 26 milhões de pessoas no mundo sofrem de esquizofrenia. Mas os números sozinhos não medem o sofrimento, o isolamento, a baixa produtividade, o travão no desenvolvimento do potencial da pessoa e no desenvolvimento dos países (CHAN, 2010).

O *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope* (*World Health Organization*, 2001), refere a saúde mental, física e social como pontos essenciais da vida que estão intimamente ligados e são interdependentes, sendo claro que a saúde mental é essencial para o bem-estar das pessoas, das sociedades e dos países. O mesmo relatório refere que a Europa no século dezanove testemunhou diferentes tendências, a doença mental foi vista como um tópico para a pesquisa científica, para o estabelecimento da psiquiatria como uma disciplina médica e das pessoas com doença mental como pacientes médicos. Por outro lado, as pessoas com doença mental e com comportamentos inadequados foram isoladas da sociedade em grandes instituições psiquiátricas.

Foi durante a segunda metade do século vinte que ocorreu uma mudança no paradigma da saúde mental e os fatores que contribuíram foram: o desenvolvimento da psicofarmacologia com a descoberta de novas classes de medicamentos, nomeadamente os neurolépticos e os antidepressivos, o desenvolvimento de novas formas de intervenções psicossociais e os movimentos dos direitos humanos tornaram-se um fenómeno internacional com apoio das Nações Unidas (*World Health Organization, 2001*).

O *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope* (*World Health Organization, 2001*), descreve a desinstitucionalização como um processo complexo, uma vez que fechar hospitais psiquiátricos sem alternativas na comunidade é perigoso, bem como criar alternativas sem fechar os hospitais, ambos os processos devem decorrer de modo coordenado. O mesmo relatório descreve este processo em três componentes essenciais: a prevenção de internamentos que podem ser apoiados pelas estruturas da comunidade; efetuar a transição de pacientes institucionalizados há muito tempo para estruturas na comunidade e o estabelecimento e manutenção de sistemas de suporte na comunidade para pacientes não institucionalizados.

Segundo Leff (2000) a desinstitucionalização para o espaço comunitário é assim um processo contínuo, de mudança social que diminui o internamento, mas que por outro lado gera desequilíbrios no sistema de cuidados que têm de ser tidos em conta. A desinstitucionalização deve ir ao encontro das necessidades dos clientes e das suas famílias promovendo a integração social, segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2005).

Para Ornelas (2007) os serviços orientados para a vertente comunitária devem promover nos clientes uma participação em atividades sociais frequentes, incentivar a manutenção dos laços sociais, proporcionar oportunidades, discussão, reflexão crítica e o sentimento de pertença, através da integração em empresas ou escolas. Para o mesmo autor esta visão inclui uma abertura para o mundo exterior, e uma formação de parcerias na comunidade que respondam às necessidades dos clientes, sendo que os profissionais enfrentam um desafio de partilha do poder, devido a uma maior participação da pessoa que experiencia doença mental.

De acordo com o *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group* (World Health Organization, 2010) a pessoa com doença mental é muitas vezes percecionada como preguiçosa, com personalidade fraca, pouco inteligente, de temperamento difícil e incapaz de tomar as suas próprias decisões. O mesmo documento descreve que existe evidência que a pessoa com doença mental tem uma vulnerabilidade muito alta, uma vez que enfrenta o estigma e a discriminação diariamente, com muitas restrições no exercício dos seus direitos dentro da sociedade, nomeadamente no acesso à saúde.

Segundo Chan (2010), para ultrapassar estas dificuldades é necessário transpor muitas barreiras, sendo uma delas o desconhecimento das pessoas em geral e a política. Para a mesma autora os recursos são insuficientes, mas muitas vezes ocorrem gastos em intervenções sem resultados e sem suporte de evidência que podem causar danos. Existe atualmente um défice de cuidados preocupante entre as pessoas que experienciam doença mental e têm direito ao tratamento, e aquelas que realmente o recebem (CHAN,2010).

As leis e as políticas de saúde mental são eficazes para prevenir as violações dos direitos humanos e ao mesmo tempo promover a autonomia e liberdade da pessoa, mas de acordo com a *World Health Organization* (2005), cerca de 40% dos países não têm políticas de saúde para a doença mental, e 64% não têm legislação ou então está desatualizada.

Em Portugal a Lei n.º 36/98 (1998), denominada Lei da Saúde Mental, refere no Art.º 3.º “ (...) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social. ” (p. 3544). A mesma lei no Art.º 5.º enaltece o respeito pela individualidade, proteção e dignidade da pessoa, que devem estar sempre presentes no contexto da prestação de cuidados.

As políticas de desinstitucionalização transformaram o modo como o sistema tenta responder às numerosas necessidades da pessoa com doença mental grave, uma vez que existe um maior número de alternativas na comunidade, levando a novas conceptualizações de organização e prestação de cuidados (ANTHONY, 1993). Esta nova

organização de prestação de cuidados orientados para a comunidade tem o *recovery*, como um dos seus conceitos centrais.

2.2. O conceito de *recovery*

Segundo Allott e Loganathan (2002) o *recovery* é um conceito com origem numa tomada de consciência das pessoas socialmente marginalizadas e excluídas dos seus direitos, que iniciaram movimentos de direitos civis nos anos sessenta e setenta, por vários países criando uma realidade onde a pessoa com doença mental grave pode recuperar. As percepções negativas face à doença mental grave, nomeadamente a premissa de que a pessoa não tinha expectativas de recuperação e um prognóstico pobre, foram mantidas por muitos anos contribuindo para o aumento do estigma nas sociedades.

De acordo Allott e Loganathan (2002) nos Estados Unidos da América e em outros países como a Suécia no final dos anos setenta e início dos anos oitenta, as pessoas com doença mental começaram a escrever as suas experiências relativas ao tratamento recebido, deste modo começaram a receber atenção dos profissionais de saúde. Para os mesmos autores o conceito de *recovery* foi introduzido principalmente pelas pessoas que recuperaram de uma doença mental.

Anthony (1993) refere que o início da visão do *recovery* decorreu também com a era da desinstitucionalização, mas as falhas nas políticas de saúde face à sua implementação, confrontaram-nos com o facto de que a pessoa com doença mental grave quer e necessita mais do que apenas um alívio dos seus sintomas. O *recovery* para o mesmo autor é definido como um processo pessoal profundo e individual que implica uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências, papéis e envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida da pessoa, enquanto esta cresce para além dos efeitos devastadores da doença mental.

De acordo com Anthony (1993) o *recovery* pode ocorrer mesmo quando os sintomas reaparecem e envolve muito mais do que recuperar da doença em si, a pessoa tem de recuperar do estigma associado, da falta de oportunidades para a sua autodeterminação, do desemprego e sonhos inacabados, é um percurso longo e difícil.

O *President's New Freedom Commission on Mental Health Report* (2003) descreveu o *recovery* como a capacidade da pessoa viver uma vida produtiva apesar das dificuldades da doença, sendo que a evidência científica demonstrou que a esperança tem um papel importante neste processo.

Para Deegan (1996) o objetivo do processo de *recovery* não é a normalização, mas sim tornar a pessoa mais humana e única, o *recovery* não significa cura, mas é uma atitude apesar de não ser uma caminhada perfeita, existem alturas de ganhos rápidos e outras de desilusões. Segundo a mesma autora cada pessoa deve encontrar o que é eficaz para si, e deve ser permitida a oportunidade para tentar e falhar e tentar outra vez, sendo que os profissionais não devem retirar a oportunidade de falhar aos clientes, fornecendo o suporte necessário.

As necessidades da pessoa com doença mental grave segundo Wiersma (2006) são difíceis de definir, porque não existe uma definição consensual de doença mental grave e a avaliação das necessidades difere entre profissionais, clientes e família envolvida. Para o mesmo autor a definição de doença mental grave inclui três critérios: um diagnóstico psiquiátrico, duração da doença superior a dois anos e incapacidade funcional, esta última em conformidade com a *World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health* (2001) citado por Wiersma (2006).

Segundo o *President's New Freedom Commission on Mental Health Report* (2003) a recuperação da doença mental é uma possibilidade real. As pesquisas realizadas no *Nacional Empowerment Center* demonstraram, que as pessoas podem recuperar mesmo da doença mental mais grave (FISHER e AHERN, 2011).

Segundo Jorge - Monteiro e Matias (2007) a doença mental durante muito tempo foi percecionada como um processo para toda a vida e com um desenvolvimento negativo, estimulando as pessoas a aceitar a doença mental, sem perspectivas de vir a alcançar uma vida com significado. Os mesmos autores referem que o *recovery* introduziu uma mudança no padrão da saúde mental com mais esperança e confiança, sendo que não existe uma definição única e consensual.

Para o *NSW Consumer Advisory Group e Mental Health Coordinating Council* (2009) existem obstáculos individuais para o *recovery* da pessoa com doença mental: a

autoestigmatização; os efeitos secundários da medicação; quando ocorre falta de respeito pelos direitos e a escolha da pessoa e se os objetivos desta entram em conflito com os do técnico; a falta de esperança; o estigma; a discriminação; a grande necessidade de utilizar medicação; a pouca acessibilidade aos serviços de saúde e a falta de formação dos profissionais que investem nas dificuldades e não nas forças e recursos positivos da pessoa.

Segundo o *NSW Consumer Advisory Group e Mental Health Coordinating Council* (2009) os princípios orientadores para a prestação de cuidados na comunidade orientados para o *recovery* devem ser centrados na pessoa, na promoção da autodeterminação e do respeito individual; na igualdade de tratamento; no respeito pela cultura e ao mesmo tempo incentivar os pontos fortes e o bem-estar; promover a esperança e o *empowerment*.

Os profissionais devem utilizar um quadro de referência e uma atitude positiva que reflita que o *recovery* é praticável, reconhecendo que a experiência de vida é essencial na prestação de cuidados, combatendo o estigma e a discriminação (*NSW CONSUMER ADVISORY GROUP e MENTAL HEALTH COORDINATING COUNCIL*, 2009). É importante reconhecer a experiência subjetiva de cada indivíduo, em vez de empregar expectativas pessoais e profissionais de *recovery* à pessoa, exceto quando o comportamento pode vir a tornar-se pouco seguro para a própria ou para a sociedade (ALLOTT e LOGANATHAN, 2002; *NSW CONSUMER ADVISORY GROUP e MENTAL HEALTH COORDINATING COUNCIL*, 2009).

É fundamental segundo Kelly e Gamble (2005), Buchanan-Barker e Barker (2008a) reconhecer que o *recovery* significa realidades diferentes para cada pessoa. Para as organizações *NSW Consumer Advisory Group e Mental Health Coordinating Council*, (2009), o *recovery* pode ser entendido como: um resultado no modelo médico, definido como um regresso a um estado anterior de saúde, onde os resultados incluem a redução da sintomatologia, a hospitalização e o uso de medicação; ou como um processo pessoal norteado pelas vivências da pessoa, a subjetividade da experiência da doença mental e o *recovery*, que desafia as noções de doença mental prolongada, sendo assim os resultados incluem *empowerment*, esperança, escolha, objetivos pessoais, bem-estar e controlo dos sintomas.

Os conceitos chave do *recovery* de acordo com as organizações *NSW Consumer Advisory Group* e *Mental Health Coordinating Council* (2009) são os seguintes: o cliente tem controlo sobre a sua vida; constrói uma responsabilidade e identidade individual; aceita e compreende a sua doença; tem esperança no futuro; desenvolve *empowerment*; conhece a medicação e os sintomas; desenvolve um estilo de vida saudável e relações de suporte; acede à espiritualidade; à inclusão social; à educação; ao emprego e tem abrigo na comunidade.

Para Allott e Loganathan (2002) o *recovery* encontra-se intimamente ligado ao conceito de *empowerment*, uma combinação de autodeterminação pela vida. Gibson (1991) define *empowerment* como um processo de reconhecimento, promoção e reforço, que proporciona o encontro da pessoa com as suas próprias necessidades, a resolução dos seus problemas e a mobilização dos recursos necessários de modo a que esta tenha controlo pela sua vida. Também para Gibson (1991) é um processo que ajuda os clientes a ter controlo dos problemas que afetam a sua saúde, sendo o ambiente sociocultural essencial para que esse controlo seja possível.

O *empowerment* segundo Gibson (1991) inclui fatores biopsicossociais nos cuidados de saúde e uma identificação das necessidades ou problemas, seja no contexto individual, familiar ou na comunidade, ajudando a construir uma consciência crítica para um planeamento de cuidados adaptados à realidade do cliente. Para o mesmo autor é essencial que a equipa de saúde trabalhe com objetivos comuns através de uma comunicação fluida e que o enfermeiro funcione, como mobilizador e defensor dos recursos que o cliente necessita. O *empowerment* é um objetivo complexo de atingir uma vez que implica que os profissionais do sistema de saúde tradicional, reduzam o seu nível de poder a favor dos clientes, e estes devem estar preparados para aceitar o controlo e a responsabilidade pela sua saúde (CHRISTENSEN e HEWITT-TAYLOR, 2006).

Para Till (2007) como seres humanos todos nós já experienciamos uma viagem de *recovery* e procuramos as nossas estratégias para ultrapassar as dificuldades, seja através do autoconhecimento de nós mesmos, da utilização de recursos internos, ou no apoio das pessoas significativas que nos ajudam a orientar e a suportar este percurso. De acordo com as organizações *NSW Consumer Advisory Group* e *Mental Health Coordinating Council* (2009) não existe um consenso no conceito de *recovery*, mas

sugerem a necessidade de o definir para nortear a prática, no entanto a pessoa deve ter espaço para definir o seu *recovery*, pois grande parte da literatura existente baseia-se em histórias individuais. Através da pesquisa de literatura sobre o conceito de *recovery* e do modo como a pessoa é entendida neste processo, fez sentido para mim intervir dentro de uma perspetiva existencial-humanista.

2.3. A perspetiva existencial-humanista

O modelo existencial-humanista, segundo Chalifour (2008) perspetiva a pessoa como um ser de relação, sendo através da qualidade desta com o ambiente, que vai ser possível a atualização dos recursos. Deste modo o processo terapêutico visa apoiar o cliente a “ (...) encontrar a sua própria fonte de iluminação, para que, apesar dos seus receios, possa olhar para si-mesmo e restabelecer contacto com as informações que o seu organismo lhe envia.” (CHALIFOUR, 2008,p.131).

A relação de ajuda pode ser entendida quando pelo menos uma das partes busca promover na outra o crescimento, a maturidade, uma melhoria da funcionalidade e uma maior competência para enfrentar a vida, recorrendo aos recursos internos da pessoa (ROGERS,1983). Para Chalifour (2008) a relação de ajuda profissional proporciona condições para que a pessoa possa superar os seus problemas, sendo essas condições a identificação da pessoa, uma maior consciência-de-si de modo a conseguir uma gestão positiva dos seus recursos internos para responder às necessidades.

O terapeuta tem como finalidade segundo Rogers (1974, p.48) “ (...) captar da maneira mais sensível e aguda que lhe for possível todo o campo de percepção tal como o paciente o experimenta (...).” Também para Rogers (1983) a capacidade de estabelecer relações que promovam o crescimento do outro de forma independente, é avaliada pelo desenvolvimento que o próprio terapeuta alcançou.

De acordo com Rogers (1974) a pessoa existe num mundo de experiência em permanente mudança e apenas ela pode conhecer os fenómenos da sua consciência, no entanto pode ser deduzido que a partir da comunicação da pessoa ou através da observação do seu comportamento, uma parte do seu campo de experiência e percepção pode ser conhecido. Este campo de experiência é sentido através de todas as “ (...) modalidades sensoriais (...) ” (ROGERS, 1974, p. 506) é fluído e em constante mudança.

O mesmo autor descreve que o ser humano é constituído por um sistema estruturado e completo, em que uma alteração numa das suas partes irá provocar desequilíbrio nas restantes.

Rogers (1983) descreve que quando se consegue ter uma atitude congruente, é possível estar em relação de ajuda, ou seja, aceitar o que sou e permitir que a outra pessoa o perceciono é o desafio mais difícil e que nunca ficará completamente terminado. Mas para o mesmo autor se o terapeuta compreender que tem esta meta a cumprir torna-se mais rico, reconhecendo as barreiras que existem dentro das relações interpessoais, procurando uma mudança numa direção mais positiva.

Rogers (1974) destaca também a importância de uma atitude empática e de compreensão por parte do terapeuta, deste modo “ (...) quando o conselheiro apreende e aceita o paciente como ele é (...) torna-o livre para uma nova exploração da sua vida e da sua experiência (...) ” (ROGERS, 1974,p. 61).Quando o enfermeiro, segundo Watson (2002) consegue compreender os sentimentos do outro, sendo capaz de os experimentar e expressar é arte, pois ajuda o cliente a conhece-los de um modo mais profundo e a libertar tensões e sentimentos.

A relação de ajuda para Phaneuf (2005) tem o seu desenvolvimento numa entrevista, que tem como finalidade compreender o que a pessoa em situação de ajuda está a viver e a experienciar. Para a mesma autora esta entrevista permite também, ajudar a pessoa a reconhecer e a aceitar melhor a sua situação através da identificação dos seus recursos internos, de modo a ultrapassar os seus problemas com mais autonomia e a crescer como ser humano.

Para Rogers (1983) é essencial percecionarmos o outro como um processo de transformação e não ficar preso a um diagnóstico ou a um passado, evita ver o outro de um modo reduzido, e reforçar assim as suas capacidades. Esta tendência atualizante segundo Phaneuf (2005) permite a exploração das capacidades da pessoa, uma vez que “ (...) o individuo tem uma capacidade suficiente para lidar construtivamente com todos os aspectos da sua vida (...) ” (ROGERS, 1974, p.38).

É então importante de acordo com Phaneuf (2005) numa relação de ajuda que tem características terapêuticas, ajudar o cliente a colocar as suas dificuldades por palavras

de modo a que este consiga entender que tem um papel ativo dentro do processo de cuidados. Para Watson (2002) o cliente e o enfermeiro transferem para a relação uma história de vida única e um campo fenomenológico, sendo estes afetados pela essência da transação, tornando-se parte da história de vida de cada um.

2.4. Modelo de enfermagem para o *recovery*: *The Tidal Model*

No contexto da prática de cuidados mantendo a perspetiva existencial-humanista utilizei o modelo de enfermagem para o *recovery*: *The Tidal Model* como fio condutor, utilizando os principais conceitos e filosofia, apesar de não utilizar o modelo em todas as suas dimensões. O modelo é descrito pelos autores Barker e Buchanan-Barker (2005), como tendo inspiração teórica em autores como Harry Sullivan, Hilda Peplau, Viktor Frankl, Thomas Szasz, Shoma Morita entre outros. Os mesmos autores descrevem os importantes contributos de pessoas com experiência de doença mental para o modelo, que vivenciaram a viagem pelo processo de *recovery* como a Dr.^a Patricia Deegan, o Dr. Daniel Fisher, Sally Clay, a Dr.^a Irene Whitehill entre outros.

O *Tidal Model* representa uma alternativa significativa às correntes teóricas em saúde mental, uma vez que focaliza a sua atenção nas pessoas com alterações na sua saúde mental e nos benefícios que podem ser adquiridos quando estas assumem um papel ativo no seu próprio tratamento (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005). As origens do *Tidal Model* surgem dos trabalhos de Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker, ambos no início dos anos oitenta (HUME et al, 1988 citado por BAKER e BUCHANAN-BARKER, 2008a). Posteriormente o *Tidal Model* foi desenvolvido pelos mesmos autores na Universidade de *Newcastle* durante um período de cinco anos, segundo Barker (1996) citado por Barker (2001).

O modelo foi introduzido pela primeira vez na prática em duas enfermarias de psiquiatria, na cidade de *Newcastle* em 1998, sendo que em 2000 foi adotado pelo Programa de Saúde Mental responsável pelos serviços de *Newcastle* e *North Tyneside* (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005). O *Tidal Model* desde então tem sido aplicado e estudado em vários países como pode ser aferido em Barker e Buchanan-Barker (2010), nomeadamente na Austrália, Canadá, Inglaterra, Irlanda, Japão, Nova Zelândia, Escócia e País de Gales, em pessoas jovens, na psiquiatria em situação de crise, em serviços de

reabilitação, em serviços que trabalham com idosos entre outros. Segundo os mesmos autores o *Tidal Model* é possivelmente o primeiro modelo de saúde mental desenvolvido por enfermeiros de saúde mental, especificamente para a prática da enfermagem.

Para Barker e Buchanan-Barker (2005) a história da pessoa reside no coração do *Tidal Model*, as pessoas são as histórias das suas vidas, ou seja são uma mistura de histórias, aquelas que contamos sobre nós mesmos na primeira pessoa e as histórias que os outros contam sobre nós. O modelo assume que as pessoas são as suas próprias narrativas (MCINTYRE, 1981 citado por BARKER, 2001), sendo diferente das formas contemporâneas de prática baseada em evidência, ou seja, comportamentos das populações que se assumem serem semelhantes. Este modelo incide assim sobre a experiência particular humana (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005).

Segundo Barker e Buchanan-Barker (2005) o campo da saúde mental é atualmente orientado para uma prática baseada na evidência, sugerindo que o conhecimento acumulado pelos estudos científicos representa o único saber válido para o desenvolvimento da prática. Para os mesmos autores os resultados deste conhecimento não devem ser subestimados mas, indiscutivelmente, estamos “encantados” com esta forma de compreensão humana, no entanto pode aprender-se muito através da pessoa individual, bem como da experiência direta de trabalhar com aquela pessoa.

Ninguém pode entender completamente a experiência do outro, podemos acreditar que conhecemos e compreendemos o outro, mas é uma ilusão, uma vez que nós apenas podemos compreender a nossa própria experiência (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005). Os mesmos autores mencionam que a doença mental tem de ser experienciada para ser totalmente compreendida, logo a melhor maneira para quem não a experienciou é desenvolver empatia com o outro.

Para Barker (2001) este modelo enaltece a espiritualidade que muitas vezes falta em modelos de enfermagem psiquiátrica, explora e desenvolve a experiência de vida da pessoa em situação de cuidados, centrando-se especificamente no significado e valores que a pessoa associa à sua experiência. De acordo com o mesmo autor o modelo assenta numa metáfora onde é enaltecida a fluidez da natureza da experiência humana,

caracterizada pela mudança constante e imprevisibilidade, esta perspetiva fornece a metáfora central para o *Tidal Model*: a água.

O conceito de saúde mental é então enquadrado numa perspetiva de mudança constante do ser humano e na busca pelo seu equilíbrio – *recovery*. Para Barker (2001) a vida é assim uma viagem num oceano de experiências onde todo o desenvolvimento humano, tanto na doença ou saúde, envolve descobertas; em pontos críticos dessa viagem a pessoa experiencia tempestades (crise), noutras alturas o navio da vida pode começar a afogar-se (colapso); a pessoa pode necessitar de ser guiada até um porto seguro para recuperar do trauma (reabilitação) e quando o navio da vida estiver mais equilibrado e a pessoa tem as ferramentas necessárias, pode seguir novamente com o seu objetivo e retomar o curso da sua vida (*recovery*). Para Barker e Buchanan-Barker (2005) quando o salvamento é completo (tratamento psiquiátrico) após um intervalo necessário para o desenvolvimento do *recovery*, o principal foco incide sobre o tipo de ajuda necessária para a pessoa retomar o seu percurso de vida e regressar à comunidade com uma vida com significado (cuidados de saúde mental), ou seja, o cuidar ocorre quando o crescimento, o restabelecimento ou o *recovery* acontecem.

Os princípios chave do *Tidal Model* segundo Barker e Buchanan-Barker (2005) são: o objetivo dos cuidados em saúde mental é devolver as pessoas ao “oceano de experiências”, para que possam continuar com o curso das suas vidas; a mudança é um processo contínuo constante, mas por vezes essa mudança ocorre sem que a pessoa tome consciência da mesma, assim o modelo tem como objetivo ajudar as pessoas a desenvolver consciência das pequenas mudanças que irão ter um efeito significativo nas suas vidas; o *empowerment* encontra-se no coração do processo de cuidados e a enfermagem deve envolver-se na relação “no cuidar com a pessoa”, em vez de cuidar para a pessoa.

Para Buchanan-Barker e Barker (2008b) e Barker e Buchanan-Barker (2005) é fundamental dentro da relação terapêutica: a expressão por parte do profissional de uma curiosidade autêntica para apreender parte do mistério da pessoa; o reconhecimento das capacidades e dos recursos pessoais e/ou interpessoais positivos da pessoa e não das fraquezas; o respeito pelos desejos da pessoa; vislumbrar a crise como uma oportunidade pois as situações de mudança podem ser o sinal de que é necessário agir; todos os

objetivos pertencem à pessoa e devem ser identificadas ações mais simples, em vez de planos de cuidados de enfermagem complexos.

Barker (2001) refere que o modelo realiza avaliações holísticas e focadas, que originam intervenções que reconhecem os recursos e a capacidade de encontrar soluções da pessoa, funcionando como ponto de partida para a exploração criativa da enfermeira, em vez de esta estar limitada a uma prática com um protocolo rígido. Esta visão pode entrar em conflito com as *guidelines* e os protocolos em vigor baseados numa prática com evidência, mas por outro lado este modelo reconhece a pessoa como flexível nas suas repostas, identificando assim a natureza caótica do comportamento humano e em particular da experiência humana (BARKER, 1996 citado por BARKER, 2001).

Foi desenvolvido dentro do modelo o conceito de continuidade de cuidados: cuidados imediatos, de transição e de desenvolvimento (BARKER, 2000 citado por BARKER, 2001). O modelo visualiza a pessoa em três domínios: o Domínio do *Self*, o Domínio do Mundo e o Domínio dos Outros (BARKER, 2001). Estes três domínios são representações separadas e ao mesmo tempo dimensões interligados da vida da pessoa, sendo que todas revelam uma influência fundamental na pessoa (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005) (APÊNDICE II).

Durante o estágio utilizei a Avaliação Holística (*The Holistic Assessment*) (APÊNDICE III) com base no *Tidal Model*, sendo esta avaliação geradora de um resumo da história da pessoa ou narrativa (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005). É realizada na voz da própria pessoa, são explorados os eventos significativos, bem como o que a pessoa acredita que precisa ser realizado para dar resposta às suas necessidades. A pessoa é incentivada de acordo Barker e Buchanan-Barker (2010), a mencionar as suas preocupações e o foco das sessões tem por base como é que a pessoa no momento presente lida com os problemas, podendo também ser utilizada a imaginação, ou seja, imaginar como poderia resolver o problema.

O enfermeiro para Barker (2003) providencia o suporte necessário para assegurar a segurança física e emocional da pessoa (Domínio do *Self*), ajuda na exploração e identificação do que a pessoa precisa mudar para facilitar o *recovery* (Domínio do Mundo) e explora o papel dos profissionais, família e amigos neste processo (Domínio dos

Outros). O mesmo autor refere que esta visão pode ligar a pessoa metaforicamente, a um ambiente de suporte onde pode começar a sentir-se segura o suficiente para começar o seu processo de *recovery*.

Os Dez Compromissos são a essência da prática do *Tidal Model*, para Barker e Buchanan-Barker (2005), estes valores guiam-nos quando o “céu está escuro, a maré está alta e nós temos medo”. Tendo por base a premissa de que o *recovery* na doença mental é desejável e possível Buchanan-Barker e Barker (2005) desenvolveram então os Dez Compromissos, proporcionando aos profissionais uma base filosófica e por outro lado ajudam o cliente a tomar as suas próprias decisões. Foram também formuladas Vinte Competências associadas aos Dez Compromissos, que auxiliam na implementação prática de vários projetos (APÊNDICE IV).

O estudo de Gordon, Morton e Brooks (2005) em *Birmingham* foi comparado com o estudo de Fletcher e Stevenson (2001) em *Newcastle*, revelando resultados semelhantes, ou seja os resultados dos dois estudos estão correlacionados de modo positivo com a introdução do *Tidal Model* na prática. A pesquisa de Gordon, Morton e Brooks (2005) concluiu que devia ser considerada a introdução e a promoção do modelo na prática, neste caso específico dentro das *NHS Mental Health Trusts*, associado a uma reciclagem dos conhecimentos dos enfermeiros e a bons princípios de gestão, que consequentemente resultam numa melhoria dos cuidados de enfermagem. O estudo de Cook, Phillips e Sadler (2005) numa unidade forense na Nova Zelândia, concluiu que a implementação do *Tidal Model* teve um impacto positivo na relação enfermeiro-cliente. No mesmo estudo os clientes referiram que o modelo ajudou no processo de *recovery* e os enfermeiros descreveram o modelo como um suporte à prática, que melhorou a sua satisfação profissional.

O *Tidal Model* foi utilizado no desenvolvimento e na implementação de um plano de cuidados interdisciplinar, numa unidade de internamento psiquiátrica no *St. Joseph's Healthcare Hamilton* no Canadá (BERGER, 2006). Brookes, Murata e Tansey (2008) no *Royal Ottawa Mental Health Centre* no Canadá concluíram que as histórias de vida foram apreendidas de modo eficaz durante a Avaliação Holística do *Tidal Model*, e que houve uma diminuição dos incidentes com a aplicação do modelo à prática de cuidados de

enfermagem. Para Brookes, Murata e Tansey (2008) o modelo fornece uma orientação para a prática de cuidados de enfermagem, educação, pesquisa e política.

De acordo com Frost e Cliff (2004) a narrativa proporciona às enfermeiras que trabalham em comunidade, uma maneira útil para compreender como o cliente representa e compreende a sua experiência, permitindo construir as necessidades do cliente, através de uma metodologia diferente da história clínica tradicional. A utilização da narrativa tem a potencialidade de modificar o modo como o “poder” dentro da relação terapêutica é partilhado entre o enfermeiro e o cliente, resultando um plano de cuidados onde o cliente se vê como parte integrante de todo o processo (FROST e CLIFF, 2004).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Os cuidados de enfermagem visam de acordo com os padrões de qualidade estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001):

“ (...) prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.”

De acordo com o Parecer n.º1/2010 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), os cuidados de enfermagem têm como fim ajudar a pessoa a manter, melhorar e a recuperar a sua saúde, de modo a alcançar a sua máxima capacidade funcional. Segundo o mesmo Parecer as pessoas que vivenciam processos de sofrimento ou doença mental “ (...) têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (...) ” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.2) diminuindo assim o grau de incapacidade causado pela doença mental.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), o enfermeiro especialista deve possuir um entendimento sobre os processos de sofrimento, as alterações mentais e as suas consequências na vida da pessoa, bem como reconhecer que os recursos internos possibilitam a recuperação, que é afetada por diversos contextos.

Deste modo a promoção da saúde mental e a sua prevenção, o diagnóstico e uma resposta interventiva face a comportamentos humanos desajustados decorrentes de períodos de transição, que podem causar perturbação mental ou sofrimento, são o foco da enfermagem de saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A capacidade para adquirir o autoconhecimento e ao mesmo tempo o crescimento pessoal passa por experienciar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que são centrais para a prática de cuidados de enfermagem em saúde mental, uma vez que

influenciam a capacidade de criar uma relação terapêutica e por outro lado os resultados esperados (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental abrangem o seguinte:

- “ Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e de processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias para cada contexto;
- Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto da dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p. 3).

As competências espelham a importância do elevado grau de autoconhecimento, indispensável para estabelecer uma relação terapêutica com autenticidade, que é central no contexto de cuidados de saúde mental e psiquiatria. Durante a relação terapêutica o cliente começa a aprender a escutar-se a si mesmo, começa a aceitar-se, apercebendo-se da atitude congruente que o terapeuta demonstra e “ (...) à medida que estas transformações vão operando, torna-se mais consciente de si, aceita-se melhor (...) descobre que afinal é livre para se modificar e para crescer (...) ” (ROGERS, 1983,p.66).

Após esta introdução às competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, em seguida será descrito os diferentes campos de estágios, os objetivos, as atividades desenvolvidas e as dificuldades sentidas através de uma análise descritiva e reflexiva dos resultados. Os estágios pretenderam dar resposta ao projeto delineado previamente, apesar de os objetivos terem sido reajustados.

3.1. Estágio na Instituição Particular de Solidariedade Social

A escolha desta instituição teve como objetivo específico:

- Compreender o desenvolvimento do processo de *recovery* da pessoa que experiencia uma doença mental.

Resultado Esperado: Integrar a filosofia de *recovery* que orienta a prática de cuidados na associação.

Esta Instituição Particular de Solidariedade Social localizada em Lisboa tem como objetivo promover o crescimento pessoal e o *recovery*, bem como a integração social das pessoas com experiência de doença mental, através de processos de *empowerment* e participação social. A intervenção é baseada no suporte individual que permite identificar as necessidades do cliente e encontrar estratégias relativas aos recursos existentes na comunidade. Existem vários programas direcionados para atividades no exterior e não dentro da associação destacando em seguida alguns programas.

O Emprego Apoiado pretende que as pessoas com doença mental possam integrar o mercado de trabalho, tendo em conta os projetos profissionais individuais e as escolhas de cada um. O Programa de Educação Apoiada tem como finalidade, fornecer suporte às pessoas com doença mental que tenham como objetivo regressar aos estudos de acordo com os seus projetos individuais.

O Grupo de Ajuda Mútua da associação é um grupo pró-ativo formado por pessoas com experiência de doença mental, levam essa experiência e a palavra a outros, identificando estratégias para ultrapassar as dificuldades do quotidiano. Nestas reuniões não existe a presença de técnicos da associação, mas eu tive oportunidade de conhecer os elementos deste grupo.

A associação promove na pessoa com doença mental uma esperança durante o seu percurso de *recovery* e *empowerment* baseado numa perspetiva comunitária. Denota-se um grande esforço dos técnicos para manter a motivação, o empenho e principalmente os projetos individuais de cada um, enaltecendo assim a singularidade de cada pessoa.

Queria destacar a reunião teórica semanal a que eu assisti, que possibilita momentos de partilha e discussão de assuntos da atualidade, onde participam os profissionais com todos os membros da associação que o desejem. A existência deste espaço ajuda a pessoa a ter uma voz ativa, uma opinião, estimula a reflexão e o respeito pelo outro.

O tempo foi pouco para conseguir presenciar todas as atividades desenvolvidas, como por exemplo, o grupo de ajuda mútua para famílias, o grupo de mulheres, o projeto casas primeiro e as residências comunitárias.

3.2. Estágio no internamento de psiquiatria de adultos

A escolha deste local de estágio proporcionou um primeiro contacto com a pessoa em situação de crise, sendo a vivência da crise o trabalho mais desenvolvido neste contexto, para que o cliente consiga começar ou recomeçar o seu processo de *recovery*.

O serviço de psiquiatria é constituído pelo internamento e a consulta externa. O serviço de internamento tem vinte e sete camas (uma ala masculina e outra feminina), uma cama de recobro, uma sala de tratamentos e electroconvulsivoterapia, uma sala de fumo, duas salas polivalentes, uma copa e sala de refeições. Existem diversos gabinetes para os diferentes técnicos que desempenham funções no serviço. Faz também parte do serviço uma Unidade de Intervenção Comunitária fora do hospital, que inclui a consulta externa e hospital de dia, fornecendo apoio a clientes do concelho onde está inserida (unidade onde desenvolvi o estágio comunitário).

O serviço de psiquiatria é formado por uma equipa multidisciplinar constituída por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeuta ocupacional, assistentes operacionais, que juntos trabalham para desenvolver ações singulares que são necessárias para obter resultados com ganhos em saúde. Ao longo da semana existem atividades de grupo onde os profissionais assumem um papel ativo nos objetivos e planeamento das mesmas, com a finalidade de apoiar e ajudar a ultrapassar o processo de crise.

A reunião comunitária tem lugar uma vez por semana com a duração de uma hora, é orientada por duas pessoas da equipa multidisciplinar, enfermeiro e psicólogo, que têm

um papel de facilitadores e mediadores dentro do grupo. Neste espaço os clientes podem expressar dúvidas sobre o internamento.

A reunião de apoio às famílias/cuidadores de pessoas com esquizofrenia é realizada quinzenalmente durante cerca de hora e meia, este encontro torna-se num espaço de partilha de ansiedades, receios, dúvidas e necessidades. Na reunião a que assisti esteve presente a moderar uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria e uma psicóloga. Os moderadores realizam uma identificação das necessidades sentidas pelas famílias, sendo que as pessoas presentes já tiveram familiares em situação de crise e internamento neste serviço e viveram momentos de grande sofrimento.

A prática de cuidados da equipa de enfermagem utiliza a metodologia de trabalho individual juntamente com o trabalho de equipa. A Classificação Internacional da Prática de Enfermagem é a linguagem adotada para os registos de enfermagem, sendo esta operacionalizada através da aplicação informática do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem são assim traduzidos a partir da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Versão beta 2 (2003), esta classificação possibilita uma linguagem comum para a prática de enfermagem. Foi esta classificação que utilizei para os diagnósticos de enfermagem durante o estágio, recorrendo à Classificação das Intervenções de Enfermagem de McCloskey e Bulechek (2004), e à Classificação dos Resultados de Enfermagem de Johnson, Maas e Moorhead (2004) como apoio e referência.

3.2.1. Análise das intervenções

O objetivo específico delineado para o desenvolvimento do estágio foi o seguinte:

- Planear cuidados de enfermagem individualizados utilizando a técnica de entrevista à pessoa em situação de crise.

Como consequência do objetivo descrito anteriormente emergiram os seguintes objetivos operacionais:

- Recolher informação pertinente para uma apreciação clínica do estado de saúde mental do cliente;
- Treinar a técnica da entrevista juntamente com técnicas de comunicação verbal e não-verbal;
- Demonstrar capacidade para escutar empaticamente e com autenticidade a história de vida do cliente;
- Treinar a aplicação da Avaliação Holística no contexto da entrevista;
- Avaliar o impacto que a doença mental tem na qualidade de vida do cliente através da realização de um plano de cuidados individualizado;
- Gerir os fenómenos de transferência e contratransferência na relação terapêutica;
- Refletir sobre os meus recursos e limites dentro da relação terapêutica.

Para Chalifour (2009), quando a pessoa não consegue descobrir dentro dela ou no ambiente envolvente recursos que possibilitem ultrapassar a angústia “ (...) viverá um período de maior ou menor desorganização em função do estímulo stressante, da percepção que tem dele, do significado que lhe atribui (...) é nestas circunstâncias que a crise pode surgir.” (p.180).

Também segundo Chalifour (2009) a entrevista à pessoa que vivencia a crise deve ter em conta uma colheita de dados pertinente, nomeadamente explorar fatores que possam ter contribuído para o início da crise, ajudando também o cliente a ter consciência sobre o significado desta crise e a desmistificar ideias irrealistas que possa ter sobre este acontecimento. Para o mesmo autor devem também ser analisados os recursos do cliente para a resolução da crise, bem como os recursos interpessoais existentes.

Apesar de eu trabalhar em hospital num contexto de enfermaria, esta enfermaria representa uma realidade muito diferente da minha prática de cuidados, tendo ocorrido assim um processo de reajustamento da minha postura e do meu novo papel enquanto estudante. Os momentos de partilha com a minha orientadora de estágio e também com a equipa de enfermagem, incluindo o aconselhamento e a ajuda na seleção das minhas leituras, foram fundamentais para integrar melhor esta nova realidade.

Para a incorporação dos clientes no projeto de estágio foram definidos critérios permitindo-me intervir em três clientes, dois do sexo masculino e um do sexo feminino:

- Critérios de inclusão: Cliente adulto com doença mental grave em situação de crise; cliente em processo de *recovery*; cliente sem hostilidade.
- Critérios de exclusão: Cliente com hostilidade; cliente com demência.

De acordo com a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003, p.62) a hostilidade “ (...) é um tipo de violência dirigida a outrem com as características específicas: demonstração de amargura, aversão, ameaça activa ou lesiva dos outros.”

As competências dentro da relação terapêutica começaram a ser desenvolvidas neste estágio, nomeadamente: estratégias de negociação, a técnica da entrevista, as técnicas de comunicação verbal e não-verbal, a introdução à avaliação holística, a avaliação do estado de saúde mental e o planeamento de intervenções de enfermagem específicas individualizadas. Na globalidade das entrevistas senti dificuldades, pois houve necessidade de orientar as mesmas para os objetivos pretendidos e foi difícil gerir a gestão da comunicação. A imprevisibilidade dos clientes em situação de crise e sofrimento tornou-se assim, um grande desafio para mim enquanto pessoa e profissional em contexto de aprendizagem.

Adquiri competências para gerir os fenómenos de transferência e contratransferência. Iniciei as entrevistas mantendo um contacto visual positivo e interessado para que fosse correspondido, o que nem sempre aconteceu. O olhar do cliente focava por exemplo, a janela, ou o corpo estava posicionado em lateralidade, o que tornou o estabelecimento da relação terapêutica mais difícil. Quando sentia que os clientes recuavam nos seus progressos foi complicado gerir os meus sentimentos, pois na minha prática os cuidados são mais objetivos e os resultados são visíveis em pouco tempo. Quando os clientes mantinham as ideias delirantes muito fixas, reconheço que exigiu compreensão e aceitação da minha parte, para ultrapassar este obstáculo que despertava em mim alguns fenómenos de contratransferência.

Durante as trocas dentro da relação terapêutica adquiri competências no âmbito da comunicação verbal e não-verbal. A utilização da escuta ativa na gestão da comunicação,

foi por vezes menos eficaz quando o discurso dos clientes manifestava fuga de ideias e tagencialidade. Encontrei também dificuldade em associar emoções ao conteúdo conceptual das mensagens transmitidas, deste modo através de questões abertas, utilizei na comunicação verbal o reflexo simples (CHALIFOUR, 2008), para possibilitar uma compreensão mais clara do conteúdo da mensagem.

Noutros momentos de entrevista introduzi questões mais fechadas e diretas, para recolher informação sobre determinado assunto e conseguir identificar as emoções que acompanhavam o mesmo. Foi utilizada por mim uma linguagem simples, avaliada a compreensão dos clientes e orientada a atenção para as questões. Também recorri à utilização da síntese para ajudar na organização do pensamento do cliente e na organização da própria entrevista.

A postura reflexiva permitiu-me obter competências na identificação de sentimentos e emoções, durante a relação terapêutica que influenciaram a minha postura dentro da mesma. Houve momentos em que senti ansiedade pois não conseguia manter uma escuta autêntica, uma vez que estava focada na compressão do discurso. Questionei-me a mim mesma, mas será que as estratégias delineadas são eficazes? Mas ao longo do estágio ocorreram pequenas mudanças nos clientes, que me ajudaram a permanecer mais positiva em relação aos progressos da relação terapêutica. Como preconizado no *Tidal Model* a pessoa está já em mudança, embora seja por vezes pequena e subtil (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005).

Com o decorrer do estágio comecei a conseguir orientar o discurso dos clientes para os objetivos do plano de cuidados e identifiquei-me com algumas das suas angústias. Pela primeira vez um dos clientes expressou abertamente sobre o que sentia, os motivos que o levaram a estar internado, as emoções relacionadas com a doença que não lhe permitiram ter uma casa. O cliente descreveu toda a casa imaginada por si e que nunca chegou a ter, considero ter sido um momento de trocas com bastante significado para o cliente e para mim.

A minha postura foi ficando menos tensa e mais calma com o estabelecimento das trocas e o desenvolvimento da relação, sendo que os clientes começaram a solicitar a minha presença para “conversar”. Uma intervenção importante foi estimular os clientes a

reconhecer os seus recursos positivos através de uma atitude de respeito caloroso, enaltecendo a pessoa como única e capaz de fazer as suas escolhas e ao mesmo tempo incidir sobre as resistências que coloca (CHALIFOUR, 2008).

Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: Processo de pensamento (pensar) alterado; Humor alterado e Autoestima diminuída (Classificação Internacional da Prática de Enfermagem CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003).

Este percurso de aprendizagem possibilitou um maior conhecimento dos meus limites e capacidades, ajudando-me no crescimento do meu autoconhecimento enquanto pessoa e profissional. A postura reflexiva ajudou-me a gerir os limites da relação terapêutica e os fenómenos de transferência e contratransferência, que por vezes foram mais difíceis de ultrapassar.

Através da escuta ativa e da observação foi realizada a avaliação do estado de saúde mental, utilizando a categorização de Trzepacz e Baker (2001), como guia orientador da avaliação de saúde mental da pessoa. Esta avaliação permitiu uma compreensão do impacto que as alterações na saúde mental têm na autonomia e funcionalidade da pessoa. Nos momentos de entrevista foram utilizadas estratégias para incentivar o *empowerment*, o reconhecimento dos recursos positivos e fornecer suporte ao processo de *recovery*.

A especificidade das intervenções exigiu assertividade e capacidade de decisão com regras e limites para a proteção do meio envolvente, dos outros e da nossa proteção. Enquanto pessoa considero-me apreensiva face a novas experiências e enquanto profissional também se reflete a mesma postura. Neste momento sinto que a intervenção em saúde mental um contexto diferenciado da minha área profissional, ajudou-me a adquirir mais confiança e a refletir sobre as minhas competências.

Em relação ao treino da aplicação da Avaliação Holística os clientes manifestaram uma diminuição acentuada da concentração e nem sempre conseguiram terminar a Avaliação numa primeira entrevista, sendo que as narrativas resultantes por vezes apresentavam discursos delirantes difíceis de interpretar numa primeira abordagem.

Na última semana de estágio estive presente nas consultas externas de enfermagem que são geridas por uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria. Esta consulta foi um grande momento de aprendizagem pela grande capacidade empática e autêntica da enfermeira, que fornece cuidados individualizados ao cliente e à sua família. A metodologia utilizada na consulta externa é a de gestão de caso com a finalidade de ajudar o cliente, família ou pessoa prestadora de cuidados a aceder aos recursos e a ter capacidade para realizar escolhas mais adaptadas nos cuidados de saúde, e a maximizar as suas potencialidades e competências.

3.3. Estágio de Psiquiatria na Unidade de Intervenção Comunitária

Após o primeiro contacto com a prestação de cuidados à pessoa com doença mental no internamento, introduzo aqui o estágio que foi o maior foco do meu projeto, a vertente comunitária. Realizei o estágio na Unidade de Intervenção Comunitária já referida anteriormente, esta unidade desenvolve um Programa de Reabilitação e Intervenção em Saúde Mental em Ambulatório que visa responder às necessidades sentidas pela população; promover a qualidade de vida; promover uma maior e melhor inserção e participação social; melhorar o funcionamento global do indivíduo; promover maior proximidade à comunidade; rentabilizar os recursos comunitários disponíveis; diminuir a estigmatização e a discriminação e tornar mais humanos os cuidados prestados.

O Programa tem como critérios de admissão clientes com psicose ou com episódio depressivo grave com sintomas psicóticos. Como critérios de exclusão clientes com psicose em fase aguda, oligofrenias graves, demências, perturbações da personalidade, perturbações do comportamento alimentar e doentes agitados ou agressivos.

Como objetivos mais específicos este Programa pretende diminuir o número de recaídas e internamentos, aumentar a adesão ao regime e ao projeto terapêutico individualizado, melhorar as competências sociais e promover a recuperação de papéis sociais. As intervenções terapêuticas são multidisciplinares com o objetivo de elaborar um projeto terapêutico com o cliente, através de um acompanhamento individualizado utilizando a metodologia do terapeuta de referência. Este terapeuta segundo Prata (2008) tem a função de organizar e coordenar “ (...) intervenções, mas ele próprio intervém,

construindo com o cliente uma relação de confiança, no contexto da qual a compreensão se torna possível e útil para o desenvolvimento da pessoa.” (p. 82).

A equipa multidisciplinar é constituída por quatro elementos um enfermeiro (coordenador do Programa), uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma psicomotricista que trabalham de modo sincronizado nas intervenções e tomadas de decisão. O encaminhamento do cliente para este Programa pode ser feito pelo psiquiatra, pelo psicólogo ou médico de família sendo depois feita uma triagem pela equipa multidisciplinar.

Esta triagem consiste numa proposta de admissão onde é realizada uma colheita de dados com registo em folha própria e uma apresentação dos recursos da Unidade. É realizado pelo cliente uma identificação dos seus problemas presentes e as soluções para os mesmos, os seus objetivos presentes e futuros. O cliente leva para casa e compromete-se em realizar a avaliação dos problemas e dos objetivos referidos anteriormente, medindo o seu grau de importância numa escala de Likert de 1 a 5.

Após uma semana o cliente regressa para a entrevista de admissão, onde é discutido o que preencheu e são exploradas as atividades mais pertinentes a realizar juntamente com o cliente, avaliando também a sua motivação em integrar este projeto, todo este processo é analisado pela equipa multidisciplinar. A integração no Programa parte de um projeto terapêutico individual que será reavaliado três a seis meses depois ou quando existir necessidade.

As atividades terapêuticas desenvolvidas no Programa são diversas e com especificidades, em seguida vou enumerar alguns dos objetivos principais das diferentes atividades: visam promover o sentimento de pertença; melhorar e promover a comunicação interpessoal; aumentar a autoestima; estimular competências sociais; desenvolver estratégias de *coping* e a resolução de problemas; ajudar na comunicação assertiva; fomentar a expressão de sentimentos através da escrita; promover o *insight*; auxiliar nas capacidades mnésicas; promover a segurança emocional; desenvolver competências de improvisação; treino de autonomia para a gestão da casa e estimulação cognitiva.

Os resultados que o Programa pretende obter vão de encontro aos objetivos iniciais delineados, ou seja, um aumento da adesão ao projeto terapêutico; aumento da autoestima; maior conhecimento da sintomatologia da doença; aquisição de hábitos de vida saudáveis; capacidade de adaptação; aumentar a autonomia e a integração na comunidade através de uma ocupação/profissão. Existem diversas parcerias, por exemplo com a câmara municipal e associações que contribuem com recursos comunitários importantes para o processo de *recovery* dos clientes.

A Unidade situa-se num prédio onde no primeiro piso decorrem as consultas externas de psiquiatria e no segundo encontram-se vários gabinetes onde são desenvolvidas as consultas de enfermagem e dos restantes membros da equipa, existindo também uma consulta com assistente social em dia específico. Este piso tem também uma sala de atividades onde são desenvolvidas grande parte das atividades terapêuticas, tem uma cozinha e um bar que promove a socialização entre os clientes. Esta estrutura está localizada numa zona habitacional, central do concelho com vários estabelecimentos comerciais e praça de rua. Pretende-se com este espaço torná-lo o mais próximo possível da realidade.

Estar fora de uma enfermaria e do hospital apesar de ser o meu objetivo principal foi um grande desafio. Não utilizar farda e sim a minha roupa do quotidiano foi também algo que me fez pensar no poder da “farda” e que aqui não existe, compreendi o que vem descrito na literatura consultada sobre a importância dos técnicos aprenderem a partilhar o “poder” dentro da relação.

Na fase de integração comecei a ajustar os meus objetivos com o enfermeiro orientador, que serão apresentados em seguida.

Objetivo específico:

- Utilizar a narrativa da experiência de vida como um recurso para o processo de *recovery*, desenvolvendo um plano de cuidados com intervenções específicas e individualizadas de enfermagem em saúde mental.

Objetivos operacionais:

- Conhecer a filosofia e o projeto terapêutico de reabilitação do serviço em conjunto com a equipa multidisciplinar;
- Estabelecer uma relação terapêutica de confiança com o cliente com base na metodologia do terapeuta de referência;
- Utilizar a Avaliação Holística e a entrevista de ajuda e suporte, com recurso a estratégias e técnicas de comunicação verbal e não-verbal;
- Mobilizar conhecimentos para a realização de uma avaliação global da saúde do cliente, nomeadamente uma avaliação do estado de saúde mental e das suas necessidades;
- Ajudar o cliente a expressar-se na sua própria linguagem e a compreender as suas experiências individuais através de narrativas pessoais;
- Nortear o cliente para que este identifique as suas necessidades de *recovery* no momento presente;
- Orientar o cliente para reconhecer os seus recursos internos positivos;
- Identificar os significados que o cliente atribui à sua experiência de vida;
- Realizar intervenções psicoterapêuticas e psicossociais individualizadas de acordo com as necessidades de *recovery* de modo a promover a máxima autonomia e funcionalidade do cliente;
- Gerir os fenómenos de transferência e contratransferência na relação terapêutica;
- Refletir sobre os meus recursos e limites dentro da relação terapêutica.

A estrutura escolhida para a entrevista foi a formal não estruturada onde o cliente é incentivado a “ (...) envolver-se na relação e a partilhar a sua experiência, num clima de suporte, de consideração positiva, de empatia.” (CHALIFOUR,2009,p.103). Para o mesmo autor este tipo de entrevista preconiza que a pessoa desenvolva um maior autoconhecimento dos seus recursos e consciência de si, ficando mais capaz para resolver os problemas da sua vida fazendo escolhas mais positivas de acordo com os seus valores. Também para Chalifour (2009) esta estrutura é indicada para pessoas que acreditam ter um papel ativo na orientação da sua vida e que acreditam que podem ser ajudados por um profissional.

Para a análise das entrevistas recorri à análise de interação utilizando os conceitos gerais de Chalifour (2008), esta análise permite uma reflexão e atualização do plano de cuidados centrando-me sobre o que senti num momento específico da entrevista. Para Phaneuf (2005) a análise de interação possibilita uma avaliação das emoções, dos sentimentos relativos a uma situação e se estes foram claros, pensados e identificados, ou seja, se ocorreu uma compreensão empática. Segundo a mesma autora esta análise contribui para o autoconhecimento do enfermeiro e aumenta a sua capacidade de identificar as suas emoções, utilizando-as de modo mais eficaz na relação com o cliente.

Em relação à linguagem de enfermagem mantive a utilização da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003) recorrendo como apoio à Classificação das Intervenções de Enfermagem e Classificação dos Resultados de Enfermagem dos autores já supracitados neste relatório. Neste momento encontra-se em curso a implementação de um projeto, para iniciar a utilização da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem na Unidade.

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão para os clientes do Programa de Reabilitação relativamente à área do projeto.

Crítérios de inclusão:

- Pessoa adulta com experiência de doença mental grave;
- Pessoa que frequente o Programa de Reabilitação e Intervenção em Saúde Mental em Ambulatório;
- Pessoa que no instrumento para avaliação dos objetivos presentes utilizado na Unidade de Intervenção Comunitária (APÊNDICE V), manifeste entre importante e extremamente importante vontade de frequentar uma atividade de formação profissional ou voltar a trabalhar. Esta avaliação foi feita de acordo com os seguintes parâmetros:
1 – Nada importante; 2 – Pouco importante; 3- Importante; 4 – Muito importante; 5- extremamente importante
- Aceite participar no projeto através de um consentimento informado e esclarecido (APÊNDICE VI).

Critérios de Exclusão:

- Pessoa que não frequenta o Programa de Reabilitação e Intervenção em Saúde Mental em Ambulatório;
- Pessoa que não manifeste no momento presente como importante ou extremamente importante voltar a frequentar uma formação profissional ou voltar a trabalhar.

Após discussão e reflexão com o orientador de estágio foram definidos critérios para intervir em dois clientes que pertencem a uma instituição e são acompanhados, pela Unidade de Intervenção Comunitária em consulta de enfermagem. Esta instituição promove a educação e a reabilitação de cidadãos inadaptados em dois concelhos e desenvolve diversas atividades. As atividades incluem intervenção precoce a famílias com crianças em risco, um centro educacional, formação profissional a partir dos 15 anos e um centro de atividades ocupacionais a partir dos 16 anos que visa estimular competências de relacionamento interpessoal, integração social, promover a autonomia e a responsabilidade. Fui visitar o espaço físico onde se desenvolvem estas atividades e os clientes com os quais desenvolvi intervenções frequentam este espaço e vivem no Lar residencial/Residência autónoma da instituição.

Em relação ao Lar residencial o objetivo principal é reforçar a autoestima, a autonomia pessoal realizando atividades sociais, culturais e de lazer de acordo com as necessidades e gostos dos clientes e dos recursos comunitários existentes. A Residência autónoma defende a qualidade de vida dos seus clientes através de meios adequados que ajudem no bem-estar e equilíbrio emocional.

Ambas as residências encontram-se no mesmo espaço físico mas separadas e organizadas em sítios específicos dentro da estrutura. Para além dos diversos técnicos que trabalham nas residências (psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social, entre outros) existem auxiliares que têm turnos rotativos e fornecem apoio em diferentes áreas, como alimentação e higiene.

Em seguida irei apresentar os critérios que ajudaram a incluir os clientes na área do projeto:

Critérios de inclusão:

- Pessoa com experiência de doença mental grave inserida em estrutura comunitária e acompanhada em consulta de enfermagem na Unidade de Intervenção;
- Pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem específicos;
- Aceita participar no projeto através de um consentimento informado e esclarecido (APÊNDICE VI).

Critérios de exclusão:

- Cliente da Unidade de Intervenção não inserido em estruturas da comunidade.

Todo o trabalho desenvolvido com os clientes foi aprovado pela comissão de ética do hospital e do conselho de administração (APÊNDICE VII). Relativamente aos clientes da instituição que apresentam maior dificuldade na compreensão escrita e falada, os consentimentos informados foram assinados por representantes legais dos clientes.

3.3.1. Programa de Reabilitação e Intervenção em Saúde Mental em Ambulatório: Análise das intervenções

Após o trabalho de colheita de dados, o estabelecimento de contactos e a exposição dos objetivos do projeto trabalhei com dois clientes do Programa de Reabilitação. O cliente M. (APÊNDICE VIII) e o cliente P. (APÊNDICE IX). A colheita de dados, a avaliação holística, a avaliação do estado de saúde mental, o plano de cuidados e as sequências de interação analisadas, encontram-se em apêndice.

Cliente M.

O cliente na sua generalidade manteve um bom contacto durante as entrevistas, uma atitude colaborante e uma postura calma. O clima das entrevistas foi tranquilo e num ritmo regular. O M. apresentou um timbre de voz grave, monocórdico, uma dicção clara, uma respiração pausada e um vocabulário simples nas respostas.

Nos primeiros contactos o discurso apresentava períodos de silêncio prolongados o que me provocou dificuldades na gestão da comunicação. A aprendizagem da gestão do silêncio foi difícil, demorou tempo e reflexão, mas a persistência conduziu-me a resultados

positivos na interação. Deste modo a escuta também envolve segundo Lazure (1994), que o enfermeiro saiba fazer silêncio dentro de si e que deixe de ter necessidade de pensar que existe sempre algo para dizer.

O M. respondeu de modo direto, com poucas palavras e sem recurso à reflexão. Durante os momentos de exploração das entrevistas, foram abordadas percepções e identificados os seus recursos positivos. Segundo Watson (2002) o processo de cuidar envolve o conhecimento das nossas forças e dificuldades, mas também o conhecimento das potencialidades e limites do cliente.

No início das entrevistas solicitava ao M. para relembrar o que foi abordado na sessão anterior e validar a minha compreensão do que foi transmitido, mas na maioria das vezes foi necessário ajudar e orientar o discurso e pensamento nesse sentido. Segundo Phaneuf (2005, p. 260) “ (...) não somente devemos validar as nossas percepções e as nossas interpretações, como devemos também apresentar ao doente o que compreendemos daquilo que ele disse (...)”.

O M. realizou um exercício de reflexão e desenvolvimento pessoal e profissional adaptado de Chalifour (2008) (APÊNDICE VIII). O cliente trouxe o seu *Curriculum Vitae* para as entrevistas (modelo europeu), este não era atualizado há dois anos. Juntamente com o cliente as instruções de preenchimento do modelo europeu foram lidas, e chamei a sua atenção para as alterações existentes no formato atual. Ajudei na identificação de alguns erros e aconselhei que acrescentasse mais algumas experiências profissionais, uma vez que só tinha uma referida. Foi reavaliada a grelha de autoavaliação desenvolvida no âmbito do inglês onde o M. se classificava em todas as categorias como utilizador experiente, deste modo foi alertado para uma visão mais realista dos seus conhecimentos atuais.

As mensagens conceptuais nem sempre foram claras e as mensagens mais expressivas foram poucas vezes manifestadas, ou seja o conteúdo do discurso ficou subentendido e não associou emoções ou sentimentos à mensagem que transmitiu, mas as estratégias de comunicação e atitudes seleccionadas ajudaram a responder aos objetivos das entrevistas. Durante as entrevistas foram emergindo sinais a partir do cliente ou daquilo

que expressava, deste modo foi possível orientá-lo para a resolução das suas dificuldades (PHANEUF, 2005).

Em relação ao exercício “A minha face oculta” (APÊNDICE VIII) referiu que “ (...) *desenhei um relâmpago de uma marca de surf e de roupa. Já tive uma prancha de surf mas roubaram-me. O outro desenho é um símbolo dos Iron Maiden banda de rock faz de lado obscuro. A música é pesada.*” (sic). Quando confrontado para expressar sentimentos que não demonstra disse não os ter, entretanto desenhou lágrimas e disse “*Está a chorar a máscara, choro mais para os outros não verem. Também choro quando levo com vento nos olhos ou com o frio. Nunca choro, já chorei. Quando andava a trabalhar as vozes faziam-me chorar mas não partilhava com ninguém.*” (sic).

No exercício proposto “Quem sou eu?” (APÊNDICE VIII) o M. descreve-se de forma positiva e superficial, assumindo a mesma postura em relação às outras questões. No exercício “Aquilo que eu...” (APÊNDICE VIII) o cliente não teve dificuldade em mencionar “Aquilo que eu gosto e faço”; em relação “Aquilo que eu gosto e não faço” demonstrou ligeira dificuldade mas destaca que gostava de estar a trabalhar e não está. No ponto “Não gosto e faço” demonstrou muita dificuldade e no último ponto “Não gosto e não faço” necessitou de ajuda para organizar o pensamento, mas no final conseguiu responder.

No último contacto foi realizada uma reavaliação do seu projeto terapêutico que se mantinha sem alterações significativas relativamente aos objetivos presentes, destacando apenas que o desejo profissional sobreponha-se neste momento à formação. Foi também efetuada uma avaliação das intervenções que o M. classificou como extremamente importantes.

Relativamente aos resultados esperados reconheceu os seus recursos positivos mas não explicitou as suas dificuldades. Conseguiu construir um *Curriculum Vitae* atualizado e realista, conseguindo identificar as suas potencialidade e objetivos a curto prazo. Foram entregues fotocópias ao cliente de todos os exercícios realizados e também colocadas cópias no seu processo junto aos respetivos registos, para permitir uma continuidade das intervenções com o seu terapeuta de referência, o enfermeiro orientador que acompanhou todo o planeamento de cuidados.

Cliente P.

O P. na generalidade das sessões manteve um bom contacto, uma atitude colaborante e uma postura inicial desconfiada que foi ficando mais tranquila. O cliente apresentou um vestuário adequado à época, um timbre de voz grave, baixo, dicção clara, respiração pausada e um vocabulário simples. Senti dificuldade em manter a autenticidade na relação terapêutica durante alguns momentos das entrevistas, reconheço que provavelmente estaria preocupada com a orientação e a condução das entrevistas.

O cliente identificou recursos positivos apesar de manter dificuldade em identifica-los sozinho. As intervenções realizadas e as estratégias de comunicação e atitudes seleccionadas foram ferramentas importantes na gestão da comunicação, sendo que no plano da comunicação não-verbal, necessitei de reavaliar algumas posturas e gestos. Adquiri um maior entendimento da importância da minha comunicação não-verbal, ficando desde logo mais atenta à do cliente. Segundo Phaneuf (2005), este tipo de linguagem nem sempre é valorizado mas esta pode conduzir a gestos, posturas, tom de voz entre outros, que expressam emoções que não são manifestadas através de palavras.

A gestão do tempo no início não foi eficaz da minha parte deste modo comecei a alertar com mais antecedência para o final dos contactos. Através da utilização de indicações verbais e não-verbais referi que o tempo estava a terminar evitando que o cliente prolongasse a entrevista (CHALIFOUR, 2009). No fim das entrevistas evidenciava alguns assuntos discutidos, nomeadamente fornecia reforço positivo por ter realizado os exercícios, referindo que as nossas trocas possibilitaram que atribuísse um significado a algumas das suas respostas.

No exercício de desenvolvimento pessoal Chalifour (2008) (APÊNDICE IX) alcançou os objetivos gerais do exercício. Relativamente aos seus desejos pessoais e profissionais escreve que necessita “ (...) *ficar apto para trabalhar e ter uma vida estável*” (sic) e refere que “ (...) *só depois de alta da área de dia* [Programa de Reabilitação e Intervenção em Saúde Mental em Ambulatório].” (sic). O P. expressa desejo em regressar ao trabalho, mas considera que ainda não está capacitado e não manifesta motivação neste momento.

Quando o cliente faltou pela primeira vez a uma entrevista, quando regressou mencionou-me que estava preocupado por ter faltado e não ter comparecido à entrevista marcada.

Referiu que “ (...) *não me senti bem, tinha muito sono para me levantar, parece-me que foi por causa de uns golos de champanhe que bebi no fim de semana. E é sempre a mesma coisa perco a motivação.*” (sic). A data e a hora da entrevista seguinte envolveram algum tempo de negociação e de estratégia, foi marcada para um dia em que tinha atividades e um intervalo de duas horas de almoço, sendo conveniente para o P.

As falhas de comparência deste cliente numa fase inicial preocuparam-me muito, pois coloquei em dúvida se seria algum problema comigo ou a abordagem utilizada. Após reflexão com o orientador compreendi o que Ornelas (2007) descreve sobre os serviços comunitários e a partilha do poder com o cliente. O cliente tem o poder para comparecer ou não e na comunidade como explicou o orientador as pessoas faltam, um contexto diferente da enfermaria com clientes que nem sempre tomam as suas próprias decisões e na maioria das vezes não faltam, uma vez que estão internados.

Em relação aos resultados esperados o P. conseguiu expressar algumas características pessoais, expressou sentimentos e partilhou a angústia que vivenciou no passado, no entanto mantém pouca confiança nas suas capacidades e tomadas de decisão apesar de ter demonstrado alguma reflexão e vontade de trabalhar estes problemas. Manifestou insegurança em relação ao futuro e o facto de estar no Programa de Reabilitação na sua perspetiva impede-o de avançar com um projeto profissional mesmo a médio prazo.

Ao longo do processo de cuidados foram realizados exercícios que incentivaram a motivação e a consequente tomada de decisão, uma dificuldade assinalada muitas vezes pelo P. Este cliente faltou às duas últimas entrevistas entre as quais a de avaliação por se encontrar com gripe. Foram retiradas fotocópias para o seu processo e entregues os originais dos exercícios ao P., como uma estratégia e recurso para o ajudar nas escolhas de comportamentos de saúde. O plano de cuidados vai continuar a ser concretizado e acompanhado pelo seu terapeuta de referência, o enfermeiro orientador de estágio.

3.3.2. Grupo Psicoeducativo: Análise das intervenções

Dentro de um grupo as pessoas têm oportunidade de partilhar as suas dificuldades e experiências; momentos de angústia; obter suporte dos seus pares; perspetivar os seus problemas através da experiência dos olhos e ouvidos de outros membros do grupo; apreciar a experiência de ajudar em oposição a ser o que é ajudado; explorar diferentes e

novas opiniões para resolver os problemas da sua vida; aprender a partir da experiência das outras pessoas; ganhar a oportunidade de colocar para trás os problemas ao discutí-los de modo abstrato (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005).

A psicoeducação para Santana (2011) promove aos clientes e às suas famílias conhecimentos sobre a doença mental e tratamentos, novas abordagens de lidar com a doença, ajuda nos problemas diários e na diminuição do stress. Para a mesma autora a aquisição destes conhecimentos desenvolve o autoconhecimento, possibilitando uma maior autonomia e capacidade para tomar decisões responsáveis com liberdade de escolha, pois o cliente consegue assim reconhecer os seus limites e recursos de acordo com a sua reabilitação psicossocial.

Durante o estágio surgiu o desafio de desenvolver sessões de psicoeducação para os clientes do Programa de Reabilitação, apesar de não estar diretamente relacionado com os objetivos do projeto de estágio, possibilitou-me uma nova abertura e aquisição de competências totalmente novas. Tornou-se também pertinente este desafio pois os clientes M. e P. pertencem a este grupo ajudando-me também nas trocas individuais.

Os objetivos do grupo psicoeducativo são a promoção do ensino para a saúde, a adesão à terapêutica e a aquisição de estilos de vida saudáveis e consequentes mudanças de comportamentos. Os assuntos são transmitidos através de módulos, neste sentido introduzi o módulo da adesão ao regime terapêutico em três sessões. Não foram desenvolvidas mais sessões devido à gestão do tempo de estágio que em paralelo com outras atividades não o permitiu.

Enquanto preparava as sessões senti alguma ansiedade por ser a primeira vez que desenvolvi intervenções neste âmbito, apesar do enfermeiro orientador ter apoiado todo o processo e ter estado presente como comoderador em todas as sessões.

Na primeira sessão (APÊNDICE X) os resultados revelaram que o assunto mais importante abordado foi o exercício físico e a medicação. Em relação aos assuntos que o grupo pretendia abordar mais no futuro destacou-se a medicação e a alimentação saudável. Os objetivos principais da sessão foram alcançados tendo ocorrido uma participação positiva do grupo. Por entender ser pertinente coloco em apêndice (APÊNDICE X) as respostas dos clientes M. e P.

Foi planeada uma segunda sessão mais interativa (APÊNDICE XI) com uma caminhada e uma dinâmica de grupo a ser realizada num complexo desportivo (as caminhadas estão abertas a todos os clientes do Programa mesmo que não pertençam ao grupo psicoeducativo). Esta visita ao complexo foi marcada previamente, mas por motivos alheios o complexo encontrava-se fechado. Senti-me frustrada e ansiosa com o planeamento da sessão e com o próprio desânimo dos clientes, mas sem dúvida foi mais um momento de grande aprendizagem que não vou esquecer.

É fundamental aprender a gerir as frustrações e não deixar isso afetar os clientes, retirar sempre o lado positivo da experiência neste caso a caminhada, pois viver com a doença mental é já por si uma experiência difícil e que pode ser frustrante. Outra aprendizagem importante prendeu-se com o planeamento, nomeadamente ter sempre um “plano B” para lidar com a imprevisibilidade, sem dúvida uma competência que vai emergindo da experiência.

Regressamos à Unidade e a dinâmica de grupo foi desenvolvida na sala de atividades. Esta dinâmica teve uma participação muito grande dos clientes e eu decidi participar também o que foi muito importante, sem dúvida que esta atividade significou um ponto de viragem para uma relação mais coesa, de maior proximidade e espontaneidade com o grupo. Os objetivos possíveis foram alcançados e em apêndice encontram-se duas avaliações dos clientes M. e P. (APÊNDICE XI), embora a primeira questão se encontre em branco pois a visita não aconteceu. Nas restantes respostas do grupo destaca-se a componente psicológica como a mais positiva após a atividade física.

Na terceira sessão (APÊNDICE XII) foi novamente negociada a visita ao complexo desportivo com a caminhada até ao mesmo, desta vez decorreu sem intercorrências. Foi realizada uma visita guiada, feita uma caminhada pela pista de atletismo e esclarecidas as dúvidas. Em seguida fomos para uma sala terminar a sessão com uma revisão e reforço sobre os comportamentos e estilos de vida saudáveis, onde o grupo participou de forma interessada e interventiva. Senti-me com mais autoconfiança durante esta sessão e aceite pelo grupo, como ainda não tinha experienciado.

Desta experiência resultou uma parceria com o complexo desportivo e a Unidade de Intervenção Comunitária com benefícios para os clientes. Em apêndice (APÊNDICE XII)

encontra-se a resposta da avaliação da sessão do cliente M, o cliente P. apesar de ter estado presente acabou por não responder. No geral as avaliações do grupo foram positivas salientando a visita ao complexo como importante.

O enfermeiro orientador (responsável pelo grupo psicoeducativo) deu continuidade ao trabalho desenvolvido neste módulo e voltou a reforçar e a relembrar os conceitos trabalhados, pois tal como me ensinou o mais importante é a persistência e voltar a relembrar várias vezes os conceitos, uma vez que as alterações de concentração e compreensão induzidas pela doença e pela medicação, estão presentes nos clientes.

Os cuidados com a gestão da comunicação dentro do grupo, a comunicação verbal e não-verbal e a adaptação da linguagem e a sua avaliação são mais alguns elementos que consegui trabalhar durante esta experiência. Toda a comunicação humana é realizada através de mecanismos verbais e não-verbais, sendo importante a avaliação do discurso e da linguagem (TRZEPACZ e BAKER, 2001). Os resultados esperados para as intervenções na sua globalidade foram obtidos com ganhos em saúde física e mental.

3.3.3. Instituição de Reabilitação para Cidadãos Inadaptados: Análise das intervenções

O contacto com os clientes desta instituição o cliente J. do Lar residencial (APÊNDICE XIII) e a cliente L. da Residência autónoma (APÊNDICE XIV) foi conseguido através da ajuda da Diretora técnica da Residência autónoma (psicóloga). Estes clientes pelo diagnóstico clínico de debilidade mental associada a doença mental grave, exigiram um grande estímulo pessoal e profissional, este percurso possibilitou o desenvolvimento de novas estratégias, mas também ajudou-me a definir claramente os meus limites pessoais e profissionais.

Cliente J.

As entrevistas decorreram no Lar residencial no quarto do J. a seu pedido um ambiente mais securizante para ele, onde se sente mais confortável e com maior privacidade. O quarto é constituído por duas camas individuais, uma casa de banho e é partilhado com outro cliente. As modalidades das entrevistas foram reforçadas várias vezes tal como os

objetivos. Este local foi assim o mais favorável para o cliente e para a escuta integral, como corroborado por Lazure (1994).

No geral o clima dos encontros foram tensos, o ritmo foi bastante irregular e por vezes lento. O conteúdo afetivo das mensagens foi difícil de ser compreendido e mesmo a mensagem conceptual ficou algumas vezes subentendida. A atitude dominante foi empática através de uma escuta ativa e com manifestação de compreensão.

Durante as entrevistas o cliente manteve um contacto que oscilou entre o simpático e o superficial, mas com uma atitude colaborante, uma postura tensa e inquieta. O cliente apresentava nos encontros um vestuário adequado à época, um timbre de voz grave, um débito de palavras pausado e irregular, discurso monocórdico e uma dicção alterada.

Não foi possível realizar uma síntese das entrevistas com o cliente e foi necessário adquirir estratégias para conseguir terminar os contactos, o J. parecia não escutar. Em relação à expressão de sentimentos e atribuição de significados à situação vivida demonstrou dificuldade, mas através da sua linguagem corporal consegui depreender uma grande angústia, medo da mãe não voltar a andar e uma imagem recorrente da queda e de tudo o que envolveu a mesma.

Durante os momentos de troca estabelecidos senti-me por vezes cansada e com pouca concentração. Foi exigido um grande esforço da minha parte de reorientação da entrevista, uma busca pela clarificação e uma atenção constante para compreender o cliente. Outros fatores que contribuíram para as dificuldades que senti foram a acentuada alteração na organização do pensamento do J., com uma tangencialidade do discurso marcada durante a entrevista, colocando questões muito imprevisíveis, como por exemplo “ (...) e eu tinha delírios que queria comer a minha mãe, eu ia preso não ia?” (sic).

Em determinados momentos o cliente expressou as suas preocupações que permitiram dar alguns significados ao que estava a vivenciar. Ao longo das entrevistas notou-se uma evolução positiva na minha postura o que se refletiu no J. Foi adotada uma intervenção de suporte emocional, uma vez que quando se “ (...) aceita o repertório adaptativo do cliente, encoraja os comportamentos positivos, favorece a ventilação (...) ” (CHALIFOUR, 2009,p.267).

Na globalidade o resultado esperado foi atingido, o cliente conseguiu libertar tensões e emoções que estava a experienciar, sentindo-se compreendido e apoiado. Para Chalifour (2009) a partilha com o terapeuta de emoções relacionadas com a doença e dificuldades, através de uma escuta ativa e compreensão, ajuda a pessoa a libertar-se de algum sofrimento e tensões acumuladas.

As estratégias e técnicas de comunicação foram desafiantes e uma aprendizagem constante ao longo deste processo de cuidados. Queria destacar a comunicação não-verbal como a maior aprendizagem durante estas trocas devido às características verbais e não-verbais deste cliente, nomeadamente a dificuldade que senti em manter uma escuta ativa, em não cruzar os braços, em não demonstrar desinteresse mantendo o olhar. Este processo de reajustamento foi longo, mas a perseverança no cliente ajudou-me a desenvolver uma atitude corporal que revelou mais abertura e uma postura menos defensiva da minha parte (LAZURE, 2004).

Como referido por Barker e Buchanan-Barker (2005) a persistência e a paciência, são qualidades essenciais para oferecer ajuda centrada na pessoa e nos cuidados em saúde mental, uma competência fundamental que consegui desenvolver.

O J. revelou uma grande necessidade pela minha presença, chegando a ficar ansioso à minha espera. No último encontro apesar da preparação do término das sessões já ter sido partilhada com o J., este referiu-me que “ (...) *pensava que a senhora enfermeira vinha para sempre.*” (sic). Esta revelação deixou-me preocupada e foi partilhada com a psicóloga e assistente social, pessoa de referência para o cliente. Partilhei também com estas técnicas o percurso estabelecido garantindo assim uma continuidade dos cuidados iniciados por mim na instituição. O processo foi também acompanhado pelo enfermeiro orientador, que acompanha o J. na consulta de enfermagem na Unidade de Intervenção.

Relativamente à avaliação das intervenções o J. refere que “ (...) *foram muito importantes e ajudaram.*” (sic). Mostra-se pouco à vontade para escrever, manifestando assim a sua apreciação oralmente.

Cliente L.

As entrevistas com a cliente foram realizadas na Residência autónoma, no seu quarto local escolhido por ela. O quarto tem duas camas individuais, uma casa de banho, encontrava-se bem decorado, limpo e organizado. Partilha o quarto com uma cliente da instituição que a L. considera ser uma amiga. Após regressar da formação profissional no final do dia, geralmente encontrava-se a colocar a mesa para o jantar. De um modo global o clima dos encontros foi tranquilo e num ritmo irregular. Apresentava na maioria das vezes o pijama vestido, um timbre de voz agudo, alto, a dicção nem sempre era perceptível, uma respiração acelerada, um débito de palavras rápido, irregular e um vocabulário muito simples e imaginativo.

As modalidades das entrevistas foram definidas e os objetivos das entrevistas trabalhados ao longo do processo. O contacto da L. foi simpático, com uma atitude colaborante e uma postura tranquila. A cliente manifestava grande preocupação com a hora do jantar mesmo quando ainda faltava algum tempo. Apesar de não existir problema em relação aos horários respeitei a sua preocupação e tentei gerir o tempo que a L. conseguia disponibilizar. O recurso a perguntas abertas nem sempre foi eficaz, estas perspetivavam que a cliente desenvolvesse um discurso que revelasse alguma expressão de si e permitisse a focalização em determinado assunto.

A adaptação da linguagem nem sempre foi fácil ao longo das entrevistas, mas tentei ser clara, realizar frases curtas e utilizar palavras simples, deste modo segundo Trzepacz e Baker (2001) as questões mais diretivas ajudam a não dispersar a concentração, podendo assim ser mais benéfico que as questões abertas, quando o cliente tem um discurso com as características referidas. Não me senti tensa durante as trocas, mas preocupada com a fuga às questões centrais pela cliente, tornando o regresso à condução da entrevista mais complexo para mim.

Durante as entrevistas a gestão do discurso rápido e mágico a que a cliente recorreu na maioria das vezes, tornou-se uma importante fonte para eu desenvolver competências dentro da relação. Recorri à utilização da síntese para ajudar a cliente a reencontrar o seu discurso, para que fosse possível existir uma sequência mais lógica do mesmo e demonstrar que estava a ser escutada (CHALIFOUR, 2008). No entanto, não consegui

realizar nenhuma síntese no final dos contactos devido à preocupação constante que manifestou com a hora de jantar, revelando-se um obstáculo difícil de ultrapassar, apesar de não existirem razões aparentes para essa preocupação. Para diminuir esta ansiedade foi importante assumir um compromisso com a gestão do tempo e cumprir.

As mensagens tanto conceptuais como afetivas ficaram por vezes subentendidas ou não foram expressas, esta cliente revelou necessidades que foram mais complexas para mim em termos de compreensão e intervenção. Manifestou vontade de ter uma atividade relacionada com a cozinha, facto que é do conhecimento da instituição visto ser um desejo antigo, mas por outro lado o seu pensamento mágico tornou mais complicado trabalhar a identificação de si mesma.

A L. conseguiu exprimir algumas das suas características e revelou os seus sentimentos em relação à morte do pai. Ao longo da relação terapêutica a cliente transmitiu algumas das suas características pessoais e recursos positivos, corroborando Chalifour (2008), que descreve que a relação de ajuda profissional proporciona condições para a identificação da pessoa, a aquisição de uma maior consciência-de-si, de modo a conseguir uma gestão positiva dos seus recursos internos para responder às suas necessidades.

Relativamente à avaliação das intervenções a L. refere que “ (...) *foram importantes e gostei muito é pena terminarem.*” (sic). Compreendeu o fim da minha presença e não insisti para escrever a avaliação das intervenções pois demonstrou dificuldade em fazê-lo. Queria referir que fui sempre recebida com um sorriso e entusiasmo pela cliente e isso foi essencial para manter as trocas. O percurso desenvolvido foi partilhado com a psicóloga da instituição e também com o enfermeiro orientador que está presente na consulta de enfermagem na Unidade. Os cuidados iniciados vão continuar a ser desenvolvidos e trabalhados de acordo com as necessidades da L. pelos técnicos supracitados.

Para além da área do projeto, experienciei outras aprendizagens nomeadamente na consulta de enfermagem, participei e contribui para a festa de Natal do Projeto de Reabilitação, estive presente em várias atividades terapêuticas como observadora e por vezes participante, e todos estes momentos contribuíram para complementar o meu percurso de desenvolvimento e crescimento.

4. CONCLUSÃO

Durante a experiência do internamento demonstrei consciência de mim e revelei autenticidade no estabelecimento da relação terapêutica; executei uma avaliação clara do estado de saúde mental da pessoa e das suas necessidades de *recovery*; construí planos de cuidados individualizados de acordo com as necessidades de *recovery* do cliente; promovi um ambiente emocional seguro com recurso à expressão e libertação de sentimentos.

Relativamente aos critérios de inclusão e de exclusão dos clientes com quem trabalhei no internamento, apesar de ter tido dificuldade em defini-los e ainda emergirem em mim algumas dúvidas, naquele momento não consegui estabelecer os critérios de outra maneira. No entanto, considero que apesar de tudo ajudaram-me a intervir nos clientes que na globalidade integraram estes critérios.

O estágio de vertente comunitária pretendeu responder à finalidade central do projeto, como já foi referido ao longo de todo o relatório. Com os clientes foram tidas em conta as considerações éticas do consentimento livre e esclarecido, recorrendo quando necessário ao consentimento por parte de representante legal, não obstante foi fornecida informação a estes clientes adaptada à sua capacidade de compreensão.

No estágio de intervenção comunitária executei uma avaliação clara do estado de saúde mental do cliente; demonstrei consciência de mim e revelei autenticidade no estabelecimento da relação terapêutica; adquiri competências na utilização da narrativa da experiência de vida através da técnica de entrevista, centrada nas necessidades presentes dos clientes; desenvolvi processos com fins psicoterapêuticos e psicoeducativos que ajudaram a manter, restabelecer e a prevenir as consequências da doença mental grave; utilizei técnicas de comunicação e estratégias relacionais que possibilitassem a libertação de tensões e emoções e mobilizei recursos internos positivos do cliente de modo a contribuir para o seu processo de *recovery*.

A utilização de um modelo teórico de enfermagem, fez-me reconhecer e relembrar a sua importância que estava já um pouco adormecida na minha prática, ajudou-me a organizar o meu pensamento e a realizar intervenções mais organizadas e refletidas. As narrativas da experiência de vida através do *Tidal Model* funcionaram, como um recurso para o

processo de *recovery* da pessoa com doença mental grave na comunidade, um desafio difícil, inovador e também recompensador.

O modelo foi o ponto de partida que eu precisava para a prática de cuidados e através da utilização das narrativas, consegui avaliar as necessidades de *recovery* da pessoa com doença mental grave inserida na comunidade. Compreendi assim também o meu papel enquanto futura enfermeira especialista na facilitação do processo de *recovery*. A partir das narrativas realizei a avaliação de necessidades presentes, construí planos de cuidados simples e claros na voz do cliente, sendo este valor de simplicidade do planeamento dos cuidados importante no *Tidal Model*. As narrativas da experiência de vida dos clientes pareciam por vezes não fazer sentido numa primeira abordagem, reconheço que pensei que seriam diferentes uma vez que o meu contacto com a saúde mental até aqui foi muito pouco, mas após envolver-me na relação terapêutica fui compreendendo que estas narrativas eram pedaços de história do cliente, conseguindo assim extrair uma avaliação e uma atribuição de significados.

O aumento do conhecimento de mim mesma proporcionou-me uma maior capacidade de estabelecer relações mais positivas com os clientes. Esta consciência de nós mesmos exige que cada um aceite e valorize a sua individualidade, pois só assim se consegue aceitar a singularidade e as diferenças nas outras pessoas, sendo esta perspetiva importante em toda a enfermagem, torna-se basilar no âmbito da enfermagem em saúde mental (TOWNSEND, 2011).

Em relação ao estabelecimento de uma relação de confiança considero após reflexão sobre a questão, que não a atingi na realidade. Estabeleci relações terapêuticas positivas com os clientes na intervenção comunitária, mas a confiança constrói-se e pode demorar muitos meses ou até mesmo anos. Para Townsend (2011) a confiança é a base da relação terapêutica e o enfermeiro no âmbito da saúde mental deve melhorar as suas competências, que permitem caminhar para a construção dessa confiança. Neste sentido desenvolvi aptidões que me irão permitir a partir delas, procurar a confiança na relação com o cliente.

Durante as trocas mantive na globalidade uma atitude predominantemente empática e tive oportunidade de sentir e experienciar o verdadeiro significado desta palavra. Para

Townsend (2011) a atitude por parte do enfermeiro facilita a expressão e a exploração de emoções positivas, ou seja quando o cliente percebe que está a ser compreendido, reconhece características em si, ajudando assim no seu processo de identificação e também no desenvolvimento do seu autoconceito.

Como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria o meu foco de atenção são os cuidados centrados no cliente, sendo o principal instrumento de intervenção a relação que consigo estabelecer durante as trocas. Foi ao assumir uma postura reflexiva e analítica face às unidades de interação durante as entrevistas, que adquiri competências sobre a prática, associando a esta a teoria que foi fundamental para a sua sustentação. Com estas análises consegui obter aprendizagens ao nível do meu desempenho e atitude, pois deste modo reconheci erros, mas também momentos onde atingi interações positivas com ganhos em saúde para o cliente. Foi através deste processo de construção, reconstrução e avaliação do significado das minhas ações, que cresci enquanto pessoa e profissional.

As entrevistas foram ficando mais fluidas, revelando maior “criatividade” e segurança da minha parte, sentindo-me assim menos tensa em lidar com a imprevisibilidade do cliente, que tinha muitas vezes como consequência a dificuldade em manter os objetivos delineados para as entrevistas. Considero que enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria o meu trabalho permanece incompleto e penso que se irá manter assim, para que eu continue com esta curiosidade autêntica e permanente procura pelo saber e pelo ser humano.

Durante este percurso que incluiu obstáculos, desafios e conquistas contactei com profissionais que me transmitiram saberes e conhecimentos, proporcionaram-me experiências, efetuaram questionamentos sobre as minhas tomadas de decisão, instigaram-me a atribuir significado às minhas ações, a ponderar e a partilhar os meus sentimentos e emoções. A todos os profissionais agradeço todo o empenho que foi demonstrado pelo meu processo de aprendizagem e crescimento.

Em Portugal existe legislação sobre a organização e funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental, mencionado na Portaria n.º 149/2011, mas continua a existir pouco investimento na comunidade e nos

recursos humanos apesar de a evidência demonstrar os benefícios desta intervenção. Apesar da conjuntura económica e social atual ser negativa ao investimento, uma prestação de cuidados comunitários orientados para o *recovery* conduziria a benefícios económicos, sociais e humanos a longo prazo, como vem descrito na literatura consultada.

A enfermagem em saúde mental e psiquiatria é transversal e necessária em todas as áreas de cuidados. Deste modo tornei-me mais sensibilizada para a importância da história de vida da pessoa; do seu estado de saúde mental no momento da admissão; estou mais treinada para uma escuta ativa e autêntica; mais atenta a uma prática baseada em evidência mas tendo em conta a subjetividade particular de cada cliente, desenvolvendo ao mesmo tempo mais autoanálise sobre as minhas tomadas de decisão.

Relativamente às limitações do trabalho destaco a leitura do modelo de enfermagem *Tidal Model*, a sua interpretação, a sua aplicação à prática de cuidados e a seleção dos conceitos chave que respondessem às minhas necessidades e desenvolvimento de competências específicas. Esta limitação prendeu-se com o facto de não ter encontrado literatura sobre o modelo na língua portuguesa, tornando este processo mais demorado e com reajustes ao longo deste percurso. O tempo de estágio programado e a articulação da gestão do mesmo com a atividade profissional, acabou por ser uma limitação no desenvolvimento e planeamento de algumas atividades, como por exemplo nas sessões de psicoeducação para o grupo psicoeducativo. No final do estágio estava bastante cansada e como consequência sofri uma diminuição do meu sistema imunológico, como descreve Phaneuf (2005) experienciei uma diminuição da energia física e intelectual que pode resultar da relação terapêutica com clientes com experiência de sofrimento, tornando-se no final do estágio uma limitação que foi difícil de gerir.

Como sugestões resultantes do trabalho desenvolvido deixo o apelo para mais investigação em Portugal sobre o conceito de *recovery* na doença mental em meio comunitário, que como confirmado pela literatura é parca. Outra sugestão relaciona-se com a utilização do modelo de enfermagem *Tidal Model* em Portugal, como um possível guia orientador para a prática de cuidados de enfermagem orientados para o *recovery*.

BIBLIOGRAFIA

ALLOTT, P.; LOGANATHAN, L. (2002) - Discovering Hope for Recovery from a British Perspective: A Review of Literature. **Centre for Community Mental Health**. Birmingham. <http://www.critpsynet.freeuk.com/LITERATUREREVIEWFinal.htm>. Acedido 2012/03/20.

ANTHONY, W.A. (1993) - Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psychosocial Rehabilitation Journal**. Boston. ISSN 01475622. Vol.16, n.º 4. (Abril 1993). p. 11-23.

BARKER, P. (2001) - The Tidal Model: developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. **Perspectives In Psychiatric Care**. England. ISSN 0031-5990. Vol. 37, n.º 3. (Julho-Setembro 2001). p. 79-87.

BARKER, P. (2003) - The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. **International Journal Of Mental Health Nursing**. UK. ISSN: 1445-8330. Vol. 12, n.º 2. (Junho 2003). p. 96-102.

BARKER, P.; BUCHANAN-BARKER, P. (2005) - **The Tidal Model a Guide for Mental Health Professionals**. London and New York: Routledge. ISBN 1-58391-800-0.

BAKER, P.; BUCHANAN-BARKER, P. (2008a) - Reclaiming nursing: making it personal. **Mental Health Practice**. UK. ISSN 1465-8720. Vol. 11, n.º 9. (Junho 2008). p. 12-16.

BARKER, P.; BUCHANAN-BARKER, P. (2010) - The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. **Issues In Mental Health Nursing**. London. ISSN 0161-2840. Vol. 31, n.º 3. (Março 2010). p. 171-180.

BELL, A. (2011) - The importance of early intervention in mental health. **British Journal Of Healthcare Management**. UK. ISSN 1358-0574. Vol.17, n.º 7. (Julho 2011). p. 272-275.

BERGER, J. (2006) - Incorporation of the Tidal Model into the interdisciplinary plan of care--a program quality improvement project. **Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing**. UK. ISSN: 1351-0126. Vol. 13, n.º4. (Agosto 2006). p. 464-467.

BROOKES, N.; MURATA, L.; TANSEY, M. (2008) - Tidal waves: implementing a new model of mental health recovery and reclamation. **Canadian Nurse**. Canada. ISSN: 0008-4581. Vol. 104, n. 8 (Outubro 2008). p.22-27.

BUCHANAN-BARKER, P.; BARKER, P. J. (2008b) - The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. **Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing**. UK. ISSN: 1351-0126. Vol.15, n.º 2. (Março 2008). p. 93-100.

CAMANN, M. (2010) - The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviors in the recovery process. **Issues In Mental Health Nursing**. London. ISSN 0161-2840. Vol. 31, n.º 8. (Agosto 2010). p.532-536.

CHALIFOUR, J. (2008) - **A Intervenção Terapêutica Volume 1: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-05-5.

CHALIFOUR, J. (2009) - **A Intervenção Terapêutica Volume 2: Estratégias de Intervenção**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-05-5

CHAN, M. (2010) - Closing the mental health gap. Address at the mental health gap action Programme Forum Geneva, Switzerland.
http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/en/. Acedido 2012/11/18.

CHRISTENSEN, M.; HEWITT-TAYLOR, J. (2006) - Empowerment in nursing: paternalism or maternalism? **British Journal Of Nursing**. UK. ISSN 1358-0574. Vol. 15, n.º13. (Julho 2006). p.695-699.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2005) - **Livro verde: Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**. Bruxelas: Comissão das comunidades europeias.

COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (2007) - **Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal: Plano de acção 2007-2016 (Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental)**. Lisboa: Ministério da saúde.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2003) - **CIPE/ICNP Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão beta 2**. 2.^a ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.

COOK, N. R.; PHILLIPS, B. N.; SADLER, D. (2005) - The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. **Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing**. New Zealand. Vol. 12, n.º 5. (Outubro 2005). p.536-540

DEEGAN, P. (1996) - Recovery as a journey of the heart. **Psychiatric Rehabilitation Journal**. Boston. ISSN 1095158X. Vol.19, n.º 3. (Winter 1996). p. 91-97.

FISHER, D.; AHERN, L. (2011) - People can recover from mental illness. **National Empowerment Center**. http://www.power2u.org/articles/recovery/people_can.html. Acedido 2012/05/12.

FROST, Sue; CLIFF, Dallas (2004) - Narrative approaches for research in community nursing. UK. ISSN 1462-4753. **British Journal of Community Nursing**. Vol.9, n.º 4 (Abril 2004). p.172-178.

GIBSON, C. (1991) - A concept analysis of empowerment. **Journal Of Advanced Nursing**. Boston. Vol. 16, n.º 3. (Março 1991). p. 354-361.

GORDON, W.; MORTON, T.; BROOKS, G. (2005) - Launching the Tidal Model: evaluating the evidence. **Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing**. UK. ISSN: 1351-0126. Vol. 12, n.º 6. (Dezembro 2005). p. 703-712.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (2004) – **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 2.^a ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 0-323-00893-3.

JORGE- MONTEIRO, F.; MATIAS, J. (2007) - Atitudes face ao *recovery* na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? **Análise psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol.25, n.º 1. (Janeiro 2007). p.111-125.

KELLY, S.; MCKENNA, H. (2004) - Risks to mental health patients discharged into the community. **Health, Risk & Society**. London. ISSN 1369-8575. Vol. 6, n.º 4. (Dezembro 2004). p. 377-385.

KELLY, M.; GAMBLE, C. (2005) - Exploring the concept of recovery in schizophrenia [corrected] [published erratum appears in j psychiatric mental health nurs 2005 Aug;12(4):386]. **Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing**. Uk. ISSN 1351-0126. Vol. 12, n.º 2. (Abril 2005). p. 245-251.

LAZURE, Hélène (1994) – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.

LEFF, J. (2000) – **Cuidados na comunidade: ilusão ou realidade?** Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-47-X.

LEI n.º 36/98. **D.R. I Série-A**. 169 (98-07-24) 3544-3550.

MCCLOSKEY, Joanne C.; BULECHEK, Gloria M. (2004) – **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-819-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-95146-6-9.

NSW Consumer Advisory Group and Mental Health Coordinating Council (2009) - **Developing a recovery oriented service provider resource for community mental health organizations literature review on recovery**. Sydney: NSW and MHCC.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**. Lisboa: Edições Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) - **Parecer n.º1/2010**. Ordem dos Enfermeiros: Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

ORNELAS, J. (2007) - Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol.25, n.º 1. (Janeiro 2007). p. 5-11.

PHANEUF, Margot (2005) - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

PRATA, Isabel (2008) - Terapeutas de Referência – Espécie em vias de Renascimento? **Revista Toxicodependências**. Lisboa. ISSN 0874-4890 Vol. 14, n.º 2. p.77-84

PRESIDENT'S NEW FREEDOM COMMISSION ON MENTAL HEALTH REPORT (2003) - **Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America**. Rockville. www.mentalhealth.samhsa.gov. Acedido 2012/03/20.

PORTARIA n.º 149/2011. **D.R. I Série**. 70 (11-04-08) 2085-2096.

ROGERS, Carl R. (1974) - **Terapia centrada no paciente**. Lisboa: Moraes Editores.

ROGERS, Carl R. (1983) - **Tornar-se pessoa**. 6º ed. Lisboa: Moraes editores.

SANTANA, Anna F.O. (2011) - Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares. Psicologia.pt o portal dos psicólogos. Brasil. (Dezembro 2011). p.1-6.
http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0252
Acedido 2013/01/15.

TILL, U. (2007) - The values of recovery within mental health nursing. **Mental Health Practice**. UK. ISSN: 1465-8720. Vol. 11, n.º3. (Novembro 2007). p. 32-36.

TOWNSEND, M. (2011) - **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidência**. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-61-5.

TRZEPACZ, P. T.; BAKER, R. W. (2001) - **Exame psiquiátrico do estado mental**. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-84.

WATSON, J. (2002) - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

WIERSMA, D. (2006) - Needs of people with severe mental illness. **Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum**. Netherlands. Vol. 113. (Fevereiro 2006). p. 115-119.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948)
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> .Acedido em 2012/11/18

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001) -**The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 92 4 156201 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) - **Promoting and Protecting the Rights of People with Mental Disorders**. Information Sheet No. 1. December 2005. p.1-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) - **Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 156394 9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011)
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Acedido em 2012/11/18.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de atividades

[illegible][illegible]

[illegible]

APÊNDICE II – *The Tidal Model*: a pessoa

Domínio do Self : O domínio do *Self* de acordo com Barker (2001) é o lugar privado onde a pessoa vive, experiencia pensamentos, sentimentos, crenças, valores e ideias que são conhecidos apenas pela pessoa, é aqui que o sofrimento da doença mental tem início. O foco nesta dimensão é na necessidade de suporte emocional, na segurança física da pessoa, e na identificação do suporte necessário para prevenir o risco de magoar-se a si própria ou aos outros.

Domínio do Mundo: Relativamente ao Domínio do Mundo, é o lugar onde a pessoa partilha algumas das experiências do domínio do *Self* com outras pessoas do seu mundo social. O foco é orientado para a necessidade da pessoa ser compreendida, onde a experiência pessoal do sofrimento tem necessidade de ser validada por outros (BARKER,2001).

Domínio dos Outros: No Domínio dos Outros o foco é direcionado para a relação da pessoa com o mundo social, especialmente com membros da equipa interdisciplinar, mas também com a família, amigos entre outros (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005). Para os mesmos autores o objetivo é fornecer suporte ao *recovery* da pessoa desde a situação atual de crise e começar o processo necessário para a regeneração autêntica da saúde mental. As áreas de suporte incluem cuidados médicos, psicológicos, intervenções sociais, habitação, ocupação, sustentabilidade, ocupação e tempos livres (BARKER, 2001) sendo sempre negociadas com a pessoa. Segundo Barker e Buchanan-Barker (2005) o profissional deve assegurar que os cuidados oferecidos no Domínio do *Self* e do Mundo estão coordenados com o Domínio dos Outros. Os profissionais ficam frente a frente com as suas responsabilidades, ou seja, preparar a pessoa para a sua viagem, que será tomada sozinha.

APÊNDICE III - Avaliação Holística

Avaliação Holística

A finalidade da Avaliação Holística de acordo com Barker e Buchanan-Barker (2005) é: focar-se no mundo da experiência da pessoa e proporcionar uma oportunidade formal para a pessoa contar a história de acontecimentos recentes; oferecer uma oportunidade para descrever, discutir e examinar a experiência recente de doença e saúde da pessoa; estabelecer a base para desenvolver um plano focado nas necessidades únicas da pessoa e em como ela as percebe; permitir o desenvolvimento de uma relação de colaboração entre o profissional e o cliente; desenvolver uma relação de *empowerment* dentro da qual o enfermeiro tem como objetivo orientar o cliente na tomada de decisões e escolhas informadas.

Para Barker e Buchanan-Barker (2005) a Avaliação Holística tem quatro dimensões e pretende clarificar o seguinte:

- 1- Quais os problemas presentes ou necessidades que a pessoa acredita estar a experienciar?
 - Identificar os principais problemas ou necessidades;
 - Descrever os problemas ou necessidades na linguagem da pessoa;
 - Adquirir uma compreensão de como é que esses problemas ou necessidades afetam a pessoa e como a vida da pessoa mudou ao longo do tempo;
 - Clarificar os significados pessoais ligados ao problema ou necessidade da pessoa.
- 2- Qual o tamanho desses problemas/necessidades?
 - Qual o tamanho do sofrimento gerado pelo problema/necessidade?
 - Até que ponto o problema/necessidade perturba o quotidiano?
 - Qual o controlo que tem sobre o seu problema/necessidade?
- 3- Que fatores da vida da pessoa podem ajudar a resolver os problemas, ou responder às necessidades?

- Suporte pessoal – família, amigos.
- Suporte material – dinheiro, casa.
- Suporte espiritual – crenças, valores, fé.

4- O que precisa de acontecer para a pessoa procurar o que considera ser uma mudança positiva?

- Como é que a pessoa sabe quando o problema é resolvido ou se a necessidade foi respondida?
- O que precisa de acontecer na pessoa e nos outros para que esta resolução aconteça?

Ao utilizar a linguagem da própria pessoa para Barker e Buchanan-Barker (2005), é devolvido ao cliente um gesto de *empowerment* mostrando que as suas palavras são valorizadas pela equipa profissional. Os mesmos autores defendem que a finalidade da Avaliação Holística é estabelecer a perspetiva da pessoa e qual a sua necessidade de cuidados de enfermagem, sendo que pode ser aplicada em qualquer contexto, numa enfermaria ou na comunidade.

Para Barker e Buchanan-Barker (2005) a avaliação deve ser conduzida num ambiente de privacidade e com o mínimo de interrupção, o enfermeiro deve colocar a pessoa à vontade, deve ser explicado o propósito da avaliação e o cliente deve ser convidado a escrever as suas respostas a cada uma das principais questões ao longo da avaliação. Os mesmos autores referem que se a pessoa recusar ou não for capaz de completar a avaliação, o enfermeiro irá completar ou substituir o cliente a escrever as respostas utilizando sempre a linguagem da própria pessoa.

Também para Barker e Buchanan-Barker (2005) o plano de cuidados assume o seu poder a partir do final da Avaliação Holística. Em seguida será apresentada a Avaliação Holística e um guia orientador de perguntas em cada assunto abordado, funcionado como norteador para a prática de cuidados.

AVALIAÇÃO HOLÍSTICA (Adaptado de BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005)

Enfermeiro (a) que realiza a avaliação:

Data:

Tempo:

Outras pessoas presentes:

Sumário:

“Como disse estou interessado em escutar a sua história sobre tudo o que tem acontecido. Tenho algumas perguntas que geralmente proporcionam um ponto de partida útil. Podemos resumir os principais detalhes de cada resposta aqui nestas páginas. Gostaria de escrever as suas respostas enquanto fazemos a avaliação ou prefere que eu o faça?”

Por vezes deve ser evitado perguntar especificamente pelos problemas (há pessoas que acreditam que não têm problemas, e que estar nos cuidados psiquiátricos contra a sua vontade, é o problema). O enfermeiro nestes casos deve perguntar questões abertas que ajudam a pessoa falar sobre o que é importante, nas suas palavras:

- “Então sobre o que deseja falar?”; “O que vai no seu pensamento?”; “Onde devemos começar?”.

Enfermeiro (a) de referência:

Origem do problema/Como tudo começou:

O foco da avaliação é na experiência da pessoa no momento presente, no entanto muitas vezes a pessoa necessita de ter tempo para enquadrar a sua situação atual. As pessoas geralmente querem começar a história pelo início, e o início da história é onde a pessoa começa.

- “Quando notou o problema pela primeira vez?”
- “Quando tomou consciência pela primeira vez do problema?”
- “Diga-me o que estava a acontecer na sua vida quando tudo começou?”

Como é que o problema me afetou:

Explorar a experiência direta do problema – que efeito teve na vida da pessoa? Uma maneira de introduzir a questão é sumarizar de forma breve as origens do problema. Também demonstra que o enfermeiro esteve numa escuta atenta.

- “Que efeito teve em si e na sua vida no geral?”
- “Diga-me mais sobre como o afetou?”

Emoções passadas/Como me senti no início:

Explora o impacto emocional do problema numa fase inicial.

- “E como se sentiu naquele momento?”
- “Como se sentiu com toda esta situação no início?”

Desenvolvimento histórico/Quais as mudanças ao longo do tempo:

Neste momento o enfermeiro tem conhecimento de como o problema emergiu no mundo da experiência da pessoa, como a afetou e que sentimentos lhe estão associados. Nesta secção tenta-se trazer o cliente para a situação atual.

- [Sumário novamente do que foi dito, origens do problema, efeito e sentimentos].
- “Em que sentido tudo o que aconteceu o mudou?”
- “Em que sentido as coisas mudaram ao longo do tempo – entre o antes e o agora?”
- “Como descreve as coisas agora? O que é diferente agora?”

Relações/O efeito nas relações:

Explora de forma breve o efeito do problema nas relações da pessoa.

- “E como tudo isso [descrição do problema ou necessidade] influenciou a relação com outras pessoas?”
- “Diga-me como afetou as suas relações com amigos, família, colegas de trabalho ou apenas com as outras pessoas?”
- “O que dizem as outras pessoas sobre o seu problema ou necessidade?”

Emoções atuais/Como me sinto agora:

Este é o próximo passo que envolve a exploração do contexto emocional atual.

- “Como é que se sente agora?”
- “Quais os sentimentos sobre o seu problema neste preciso momento?”

Conteúdo holístico/O que eu penso que isto quer dizer:

O enfermeiro tem uma boa ideia nesta fase da natureza do problema ou necessidade da pessoa, é altura de explorar o seu significado. O enfermeiro pode perguntar à pessoa diretamente o que pensa que tudo isto significa, ou pode escolher fazer a pergunta com um sumário simples.

- “ [sumário breve] Agora que pensa que teve [efeito] nos seus amigos e [efeito] na sua família e agora sente-se [emoção]. Após tudo o que foi dito, o que significa tudo isto para si?”
- “Gostava que pensasse na próxima questão. É uma questão importante. Contou-me a história do que o trouxe até aqui e como se sente sobre as suas vivências. Então o que significa tudo isto para si, a nível pessoal?”

Conteúdo Holístico/O que tudo isto diz sobre mim enquanto pessoa:

O enfermeiro convida a pessoa a refletir sobre o significado do que está a sentir.

- “Então depois de tudo o que disse [breve sumário] o que pensa que isto diz sobre si?”
- “Relativamente ao que lhe aconteceu a si o que diz sobre si enquanto pessoa?”

Necessidades e desejos/O que precisa de acontecer agora/ O que desejo que acontecesse agora:

Com uma informação detalhada do problema e do seu contexto, o enfermeiro tenta agora avaliar o que necessita ser feito através de uma resposta de enfermagem. A resposta às duas questões finais nesta secção, irão ajudar a equipa a decidir que tipo de suporte a pessoa pensa ser apropriado.

- “E o que queria que fosse feito sobre o que foi dito [resumir o problema] ”
- “O que gostaria que acontecesse agora?”
- “E que mais pode desejar?”

Expectativas/O que eu espero que a equipa de enfermagem possa fazer por mim:

Nesta secção o enfermeiro tenta estabelecer as expectativas da pessoa

relativamente à equipa de enfermagem.

- “O que espera que possa fazer por si?”
- “O que pensa que os meus colegas podem fazer para o ajudar?”

Avaliação do problema

Neste momento o enfermeiro tenta avaliar o problema usando uma classificação simples, perguntando permissão para continuar com a avaliação.

- “ Eu agora gostaria de ter uma ideia de tão “grande” o problema é para si, neste momento.”
- “Gostaria de lhe perguntar três questões que nos ajudem a compreender até que ponto este problema perturba o modo como vive a sua vida. E finalmente também nos permitirá compreender quanto controlo é que pensa ter sobre o problema – e em que medida consegue lidar com ele. Parece-lhe bem?”

Antes da avaliação do problema, o enfermeiro necessita conhecer se o problema deve ser avaliado como um todo ou se existem partes diferentes do problema:

- “Quer falar do problema como um todo ou dividir em alguns dos aspetos que temos vindo a falar. Nós podemos escrever o todo ou podemos separá-lo em partes diferentes. O que me diz?”
- Em seguida o enfermeiro convida a pessoa a registar o problema como um todo ou por partes. “Utilizando a escala de classificação entre 1 e 10, onde 1 significa que “não está angustiado” e 10 significa o “extremo” – “não consegue imaginar-se mais angustiado” onde diria que se encontra neste momento? Quanta angústia entre 1 e 10 está o problema a causar-lhe agora?”
- “Utilizando a mesma escala agora sobre em que extensão o problema afeta ou perturba a sua vida? (1) significa que não perturba a sua vida e

(10) significa que não imagina a sua vida mais perturbada.”

- “E finalmente eu gostaria de ter uma ideia sobre o controlo que exerce sobre o problema em que (1) significa que sente que não pode fazer nada para influenciar, ou controlar o problema e (10) significa que tem total controlo sobre ele. Onde se colocaria agora?”

Recursos pessoais

O enfermeiro neste momento identifica as pessoas, objetos e crenças que são importantes para a pessoa e o papel que eles têm na sua vida.

Pessoas que são importantes:

- “Diga-me um pouco mais sobre as pessoas que são importantes para si.”
- “Quem são elas e em que medida elas são importantes para si.”

Objetos que são importantes:

- “Fala-me de objetos que são importantes para si.”
- “Quais são os objetos que sentia mais falta se de repente eles não estivessem lá?”
- “E porque é que isto [o nome do objeto] é importante para si.”

Ideias ou crenças sobre a vida que são importantes

- “Fale-me sobre as suas crenças e porque são importantes para si?”

Resolução do problema/necessidade

O enfermeiro pergunta à pessoa o que seria não ter esse problema ou ter o problema resolvido. Ao realizar estas questões é importante assumir que isso irá acontecer, ajudando a pessoa a imaginar o futuro sem o problema.

- “Como é que a vida irá ser quando [referir o problema] não for mais um problema para si?”
- “Se quando estiver a dormir à noite, acontecesse algum milagre e o seu problema desaparecesse, o que notaria primeiro quando acordasse de manhã?”
- “Se eu tivesse uma varinha de condão e fizesse o seu problema desaparecer, o que não consigo, o que seria diferente?”
- “Quando não tiver mais este problema, o que será diferente?”

O que precisa mudar para que isso aconteça?

Esta questão convida a pessoa a refletir sobre o que poderá ser necessário para que a mudança ocorra.

- “O que pensa que precisa de acontecer para que o problema [referir o problema] seja resolvido?”
- “O que pode fazer para ajudar a resolver este problema?”
- “O que é que as outras pessoas podem fazer que poderia ajudar a resolver este problema?”
- “Como irá saber quando as mudanças surgirem em si ou nas outras pessoas da sua vida?”
- “Quando o problema [referir qual] desaparecer ou deixar de ser um problema grande, o que irão as outras pessoas notar de diferente em si?”

Conclusão da avaliação

Antes de concluir a avaliação o enfermeiro deve proporcionar à pessoa a oportunidade para fazer observações finais ou comentar o processo de avaliação.

- “Penso que é tudo o que tenho para lhe perguntar. Existe alguma coisa que queira acrescentar?”

- “Antes de ir gostaria de agradecer a sua ajuda. Sei que estas entrevistas podem ser difíceis, no entanto eu tenho de dizer que foi bastante útil. Eu penso que tenho uma melhor compreensão daquilo que vê como sendo os seus problemas e o que poderemos fazer juntos para lidar com eles. Espero que tenha achado útil.”

Através desta avaliação o enfermeiro pode escrever uma narrativa holística da história da pessoa, pelas suas próprias palavras. Esta abordagem é um exemplo de como o enfermeiro pode explorar as várias dimensões da história da pessoa, em cada situação o enfermeiro deve enquadrar as questões utilizando palavras que melhor se adaptem ao enfermeiro e à pessoa que está a ser entrevistada, podendo o enfermeiro utilizar flexibilidade e criatividade (BARKER e BUCHANAN-BARKER, 2005).

Para Barker e Buchanan-Barker (2005) esta abordagem tem mostrado ser uma maneira útil de começar a desenvolver a história da pessoa e para o profissional esta perspetiva fortalece a consciência do poder da imaginação em todo o processo de *recovery*. Para os mesmos autores, se a pessoa não quer envolver-se em desenvolver a narrativa, o enfermeiro respeita e convida a pessoa a avançar para o final da avaliação para falar sobre o que necessita de ser feito agora.

A persistência e a paciência, segundo Barker e Buchanan-Barker (2005) são qualidades vitais para qualquer profissional que procura oferecer ajuda centrada na pessoa e nos cuidados em saúde mental, mas se a pessoa é incapaz ou está relutante em falar o enfermeiro deverá respeitar, aceitar e afastar-se deixando que a oferta para falar se mantenha.

APÊNDICE IV – Os compromissos e competências do *Tidal Model*

Em seguida vão ser mencionados os Dez Compromissos e as respetivas Vinte Competências de modo sumário de acordo com Buchanan-Barker e Barker (2008b).

Compromisso: Valor da voz

A história da pessoa representa o começo e o ponto final no contexto de ajuda, envolvendo não apenas o sofrimento da pessoa, mas também uma esperança na sua resolução. O *Tidal Model* procura ajudar o cliente a desenvolver a sua narrativa única, assegurando que todas as avaliações e registos de cuidados sejam escritos na “voz” do cliente. Se a pessoa não é capaz ou não consegue escrever pela sua própria mão, então o enfermeiro age como secretário registando o que foi acordado conjuntamente, e escreve na “voz” da pessoa.

Competência1: O profissional demonstra capacidade para escutar a história da pessoa.

Competência 2: O profissional demonstra compromisso para ajudar a pessoa a registar a sua história nas suas próprias palavras, como parte integrante do processo de cuidados.

Compromisso: Respeitar a linguagem

As pessoas desenvolvem maneiras únicas de expressar as suas histórias de vida, a linguagem da história completada com a sua gramática e as metáforas pessoais é um meio ideal para ajudar no *recovery*. Os autores encorajam que as pessoas falem nas suas próprias palavras, as histórias escritas pelos profissionais tradicionalmente utilizam uma linguagem técnica.

Competência 3: O profissional ajuda a pessoa a expressar-se na sua linguagem.

Competência 4: O profissional ajuda a pessoa a expressar a compreensão das suas experiências particulares através de histórias pessoais ou metáforas.

Compromisso: Desenvolver uma curiosidade autêntica

A pessoa está a escrever uma história de vida mas não é um livro aberto, ninguém conhece a experiência da outra pessoa. Como consequência os profissionais necessitam expressar um interesse autêntico, refletir na experiência única daquele cliente, para que seja possível compreender melhor a sua história.

Competência 5: O profissional mostra interesse na história da pessoa ao perguntar pela clarificação de alguns pontos em particular ou perguntar por exemplos ou detalhes.

Competência 6: O profissional mostra vontade de ajudar a pessoa a desenvolver a sua história.

Compromisso: Tornar-se aprendiz

A pessoa é especialista na sua história, os profissionais podem vir a aprender algo através da história do cliente, mas apenas se essa posição de aprendiz for feita com respeito e diligência. É necessário aprender através do cliente, quais as necessidades que necessitam ser trabalhadas em vez de assumir o papel principal neste processo.

Competência 7: O profissional desenvolve um plano de cuidados baseado sempre que possível, nas necessidades expressas e desejos da pessoa.

Competência 8: O profissional ajuda a pessoa a identificar problemas específicos da vida e as abordagens que podem ser feitas para resolvê-los.

Compromisso: Utilizar as ferramentas disponíveis

A história de vida contém exemplos do que já foi eficaz para aquela pessoa no passado ou crenças sobre o que pode vir a funcionar para ela no futuro. Estas representam as ferramentas principais para desbloquear e construir a história do *recovery*.

Competência 9: O profissional ajuda a pessoa a desenvolver consciência do que funciona a favor ou contra ela, relativamente a problemas de vida específicos.

Competência 10: O profissional mostra interesse em identificar o que a pessoa pensa especificamente ou ajuda-a a lidar mais profundamente com problemas específicos da vida.

Compromisso: Capacidade de dar o passo mais além

O profissional e o cliente trabalham juntos para construir uma apreciação do que precisa ser feito naquele momento. Qualquer passo inicial é crucial, revelando o poder da mudança e da potencialidade em direção ao *recovery*, qualquer jornada começa na imaginação de cada um, é importante imaginar e vislumbrar seguir em frente.

Competência 11: O profissional ajuda a pessoa a identificar que tipo de mudança seria necessária para iniciar um caminho em direção à resolução ou afastamento de um problema específico de vida.

Competência 12: O profissional ajuda a pessoa a identificar o que precisa de acontecer no futuro imediato.

Compromisso: Fornecer tempo

Muitas vezes os profissionais contestam sobre a falta de tempo para trabalhar construtivamente com o cliente, mas através de uma atenção criativa os profissionais muitas vezes conseguem tempo para realizar o que é preciso ser feito.

Competência 13: O profissional ajuda o cliente a desenvolver uma consciência que o tempo que dedica é uma maneira de dar resposta às suas necessidades específicas.

Competência 14: O profissional reconhece o valor do tempo que a pessoa dá para o processo de avaliação e prestação de cuidados.

Compromisso: Revelar sabedoria pessoal

Apenas a pessoa pode conhecer-se a si mesmo, o cliente desenvolve sabedoria através da vivência da escrita da sua história de vida. Uma tarefa importante é ajudar a pessoa a revelar e a valorizar a sua sabedoria para que possa ser utilizada para amparar o seu percurso de *recovery*.

Competência 15: O profissional ajuda a pessoa a identificar e a desenvolver uma consciência pessoal das suas forças e fraquezas.

Competência 16: O profissional ajuda a pessoa a desenvolver a autoconfiança promovendo a sua capacidade de se ajudar a si mesmo.

Compromisso: Conhecer que a mudança é constante

A mudança é inevitável esta é uma história comum para todas as pessoas, no entanto o crescimento é opcional, e para que ocorra é preciso fazer escolhas e tomar decisões. A tarefa do profissional é ajudar a desenvolver uma consciência de como é que a mudança está a acontecer e fornecer suporte nas tomadas de decisão tendo em conta o *recovery* de cada um.

Competência 17: O profissional ajuda a pessoa a adquirir consciência de mudanças subtis, como pensamentos, sentimentos ou ações.

Competência 18: O profissional ajuda a pessoa a desenvolver consciência de como a própria pessoa, os outros ou determinados eventos influenciam essas mudanças.

Compromisso: Ser transparente

O profissional encontra-se numa posição privilegiada e deve estabelecer um modelo de confiança, ajudando o cliente a perceber o que está a ser feito e porquê. Ao ser utilizada a linguagem da própria pessoa e ao completar as avaliações e registos dos planos de cuidados juntos, a colaboração da relação torna-se mais transparente.

Competência 19: O profissional ajuda a pessoa a tomar consciência em todos os momentos da finalidade de todo o seu processo de cuidados.

Competência 20: O profissional assegura que à pessoa sejam fornecidas cópias dos registos de todas as avaliações para futura referência da pessoa.

APÊNDICE V – Instrumento para avaliação dos objetivos presentes do cliente utilizado na Unidade de Intervenção Comunitária



Proc: _____

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
UNIDADE DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DO SEIXAL
IDENTIFICAÇÃO DE OBJECTIVOS - P.R.I.S.M.A.

Nome: _____

Identificação de Objectivos																
Neste momento os meus objectivos são:	Data:					Data:					Data:					
	Importância					Importância					Importância					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

Legenda: 1: Nada Importante; 2: Pouco Importante; 3: Importante; 4: Muito Importante; 5: Extremamente Importante

APÊNDICE VI – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome: Ana Soraia Martins Maduro

A realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no ano letivo 2012/2013

Título do trabalho: A narrativa da experiência de vida como recurso no processo de *recovery* da pessoa com doença mental grave na comunidade.

O *recovery* é definido como um processo pessoal profundo e individual que implica uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e/ou papéis. Envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida da pessoa.¹

O desenvolvimento do trabalho tem como finalidade compreender o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria como um elemento facilitador no processo de *recovery*.

A metodologia tem por base as narrativas da experiência de vida, como um recurso para o *recovery* da pessoa que sofre de doença mental. Será aplicado um questionário num momento de entrevista, para avaliar e identificar as suas necessidades/problemas atuais em termos de intervenção de enfermagem e o que precisa de acontecer para responder a essas necessidades.

A participação é voluntária e anónima, sendo que não é necessário a sua identificação pessoal. Deste modo, as informações serão confidenciais tendo em conta o segredo profissional. A metodologia utilizada tem em conta os princípios éticos, não causando riscos. Se recusar participar, a sua relação com os técnicos de saúde ou o seu tratamento não serão alterados.

Aceito a participação no trabalho.

Assinatura do Cliente: _____

Data: _____

¹ ANTHONY, W.A. (1993) - Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. Boston. 01475622. Vol. 16, n.º 4. (Abril 1993). p. 11-23.

APÊNDICE VII – Autorização da comissão de ética e conselho de administração do hospital

CA autim
2013.01.03

138
03/01/2013

C.G.O. 58/2012
ENTRADA: 15.11.12
SAÍDA:
ASSIN: Cuyin



Dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do

Hospital Garcia de Orta, EPE.

Dr. Carlos Ferro
Presidente do Conselho
de Administração

Jose António Ferrão
Vogal do Conselho de
Administração

Eu, Ana Soraia Martins Maduro, enfermeira a exercer funções no serviço de Orto-Traumatologia no Hospital Garcia de Orta, encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no ano lectivo 2012/2013.

O estágio com relatório irá decorrer no Hospital Garcia de Orta, no Serviço de Internamento de Agudos e no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental na Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal.

Título do Relatório: A narrativa da experiência de vida como recurso no processo de *recovery* da pessoa com doença mental grave na comunidade.

Venho através deste meio solicitar autorização para aplicar um questionário de avaliação holística¹ e trabalhar a metodologia da narrativa baseada na experiência de vida, dos utentes portadores de doença mental grave durante o período de estágio, entre Novembro 2012 e Fevereiro de 2013.

A participação é voluntária e anónima, deste modo não é necessário a identificação pessoal. As informações recolhidas serão confidenciais tendo em conta o segredo profissional. A metodologia utilizada tem em conta os princípios éticos, não causando danos para a pessoa.

Agradeço a atenção para com o pedido e fico a aguardar resposta.

Cumprimentos, Ana Maduro

Correio electrónico de contacto: anasoraiamaduro@gmail.com

Seixal, Novembro de 2012

Ana Soraia Martins Maduro

¹ Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model a Guide for Mental Health Professionals*. London and New York: Routledge.

APÊNDICE VIII – Cliente M.

O M. tem 36 anos de idade, é do sexo masculino e tem o 9.º ano de escolaridade. Tem um curso de instalação e reparação de computadores e um curso de inglês concluído no centro de emprego e formação profissional. Os sintomas de doença mental começaram há seis anos. O M. vive com os pais, refere uma boa relação com estes e com os irmãos e sobrinhos. Frequenta o Programa de Reabilitação desde Julho de 2012.

Percurso profissional:

- Fábrica de molas (2011) e em 2012 ficou desempregado (momento que coincidiu com o último surto psicótico);
- Serralheiro (2006-2008);
- Canalizador (2004-2006);
- Empregado de balcão numa loja de ferragens (1994-2000);
- Construção civil (1993).

Esteve internado em 2006 no Hospital Miguel Bombarda durante 37 dias. O último internamento em psiquiatria foi entre Março e Abril de 2012.

Quadro clínico: Esquizofrenia Paranoide, com antecedentes de abuso de álcool.

Medicação:

	Pequeno-almoço	Deitar
Risperidona 2 mg	x	
Risperidona 4 mg		x
Tercian 100 mg		½

Avaliação Holística

12/12/2012

“Comecei a ficar doente há seis anos atrás. Trabalhava como canalizador. Afetou bastante a doença. Foram umas pessoas que me meteram quatro espíritos. Fiquei mais triste, mais deprimido na altura. Não sentia nada, vazio. Estava normal, quando estava a trabalhar fui internado. Fui internado, vim do hospital e reagi bem. Comecei logo a trabalhar duas semanas depois de vir do hospital. Não afetou as minhas relações.

Agora sinto-me bem, tomo a medicação, o médico tirou-me a injeção. Fui internado há seis anos e há oito meses também. Estava a trabalhar e ouvia vozes e fui internado. [Enquanto pessoa] diria que fiquei mais compreensivo, com mais atenção às coisas da vida. A minha postura estava mal, agora com a vinda às atividades melhorei bastante. Quando saí do hospital estava muito fechado, tinha dificuldade em falar com as outras pessoas, agora já não tenho. [Desejo] começar a trabalhar e ganhar o meu dinheiro. [Quero] um trabalho leve, por exemplo computadores. [Que o enfermeiro intervenha] sobre as minhas necessidades.

Relativamente à formação profissional não me causa nenhuma angústia ou perturbação fica no 1, e o controlo 5. O [não ter trabalho] trabalho provoca-me uma angústia de 5, distúrbio 1 e não tenho controlo para influenciar, é 1. [Pessoas importantes] O meu pai e a minha mãe, porque foram eles que me trouxeram ao mundo. Cuidaram de mim quando eu era pequeno. Nesta fase da minha vida estou mais fragilizado, são o meu porto de abrigo.

Gosto de canas da pesca, porque vou à pesca com elas e distraio-me na pesca. Gosto do meu carro, o carro é que me leva para todo o lado. Defendo a confiança, a amizade e o amor. A confiança é importante porque é bom confiar nas pessoas. Perdi muitos amigos por causa da doença, afastaram-se. Já vivia mais ou menos isolado, já fazia coisas diferentes. O amor é bom para nos sentirmos realizados. Estou realizado neste ponto.

[Se não tivesse o problema] acho que estava na mesma, como estava antes da doença. Trabalhava, vivia o dia-a-dia. Não tinha projetos a longo prazo. Levantava-me e ia trabalhar.

[O que pensa mudar] Agora é chegar ao centro [formação profissional] e fazer o que eles dizem para fazer. Trabalhar com computadores ou empregado de balcão.” (sic)

Objetivos presentes do M.:

Voltar a trabalhar - Classificou como **Importante**

Realizar uma formação profissional - Classificou como **Importante**

Avaliação das necessidades de saúde:

Autoestima:

- O [não ter trabalho] *trabalho provoca-me uma angústia de 5, distúrbio 1 e não tenho controlo para influenciar, é 1. (sic) ”*
- [O que pensa mudar] *“Agora é chegar ao centro [formação profissional] e fazer o que eles dizem para fazer. Trabalhar com computadores ou empregado de balcão.” (sic)*

Esperança:

- O M. manifesta uma atitude descontrída relativamente ao desejo de voltar a trabalhar e de realizar uma formação profissional, mencionado que o facto de receber um subsídio lhe fornece alguma segurança e conforto. Nomeadamente aparenta conformismo relativamente à sua situação profissional.

Avaliação do estado de saúde mental segundo Trzepacz e Baker (2001):

Aspeto, atitude e atividade: Cliente vígil, com idade aparente coincidente à real, encontrava-se sentado, com uma postura tranquila. Aspeto cuidado, vestuário adequado à época, com um bom contacto visual. Demonstrou uma atitude que foi colaborante e uma atividade motora sem alterações aparentes.

Humor e emoções: Humor eutímico, expressão emocional consistente e congruente.

Discurso e linguagem: Cliente com discurso provocado. Apresentou dificuldade na compreensão de alguns conceitos que foram clarificados.

Alterações formais do pensamento, conteúdo do pensamento e percepção: A entrevista necessitou de ser orientada para o seu objetivo principal, mas com pouco frequência. Sem alterações do processo de pensamento ou do conteúdo do pensamento. Não manifesta alterações na percepção.

Cognição: Orientado em relação à pessoa, espaço e tempo. Manteve a atenção e concentração durante a entrevista.

Insight e juízo crítico: Cliente com *insight* para a sua doença “*Nesta fase da minha vida estou mais fragilizado, são o meu porto de abrigo.*” (sic); “*Agora sinto-me bem, tomo a medicação, o médico tirou-me a injeção.*” (sic). O processo de juízo crítico encontra-se diminuído para as tomadas de decisão e ações, perante os seus objetivos presentes.

Diagnóstico do estado de saúde:

Foco de enfermagem: “**Autoestima:** (...) opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização de crenças sobre si próprio, confiança em si (...) (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003, p.54)

Foco de enfermagem: “**Esperança:** “ (...) sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida (...) associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003, p.47)

Plano de cuidados Cliente M.	
Diagnóstico	Intervenções de enfermagem
Autoestima Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação terapêutica com o M. baseada na confiança e no respeito; • Incentivar o cliente a identificar os seus recursos positivos; • Reforçar os recursos positivos identificados; • Explorar sucessos anteriores; • Fornecer reforço positivo com os progressos alcançados em direção aos seus objetivos; • Ajudar o cliente a refletir sobre as suas capacidades; • Apoiar no estabelecimento de objetivos realistas para melhorar a sua autoestima.
Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none"> • Possibilitar que o M. reconheça as suas dificuldades e os seus recursos positivos. • Ajudar o M. a reconhecer a importância da realização de papéis de significado pessoal e social. 	
Esperança Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver o cliente no processo de cuidados; • Ajudar no reconhecimento e no estabelecimento de objetivos realistas; • Reconhecer o valor do cliente demonstrando que a doença é apenas um aspeto de si mesmo e não o todo.
Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none"> • Que o M. consiga expressar uma orientação futura que seja positiva e que faça sentido para si através da determinação de metas realistas. 	

Entrevista 03/01/2013

Objetivos da entrevista:

- A exploração e identificação dos recursos positivos.
- Reconhecimento por parte do M. dos seus sucessos anteriores, fornecendo reforço positivo.

Eu: *Como correu no centro de emprego a entrevista?*

(Permaneço com as mãos em cima da mesa, tronco para a frente, pernas cruzadas. Utilização de questão direta com o objetivo de colher informação).

M.: *Mandaram-me ir procurar trabalho, não me disseram mais nada. Ando a ver uns anúncios da Internet e vou lá esta semana falar com eles outra vez.*

(Sentado, com as mãos cruzadas, olhar simpático, mas por vezes superficial. Parece interessado na procura de anúncios, mas demonstra pouca habilidade para selecionar os mesmos de forma mais adaptada às suas capacidades).

Eu: *Parece-me muito positivo que procure anúncios e mantenha contacto com os técnicos do centro de emprego. M. gostaria de explorar consigo mais um pouco sobre os seus pontos positivos, consegue-me dizer mais alguns?*

(Manifesto sorriso, gesticulo com as mãos, mantenho o contacto visual. Forneço reforço positivo. Estratégia de exploração das suas perceções e pensamentos).

M.: *Sou simpático...*

(Pensativo, hesitante e com as mãos no colo. Período de silêncio).

Eu: *O M. gostava muito de voltar a trabalhar, imagine que está numa entrevista e precisa falar de si, o que dizia? Acha que simpático seria suficiente?*

(Penso que demonstro também alguma hesitação na escolha das palavras e dificuldade em gerir o silêncio, mas mantive o contacto e uma postura calma. Recorri à imaginação do cliente, com recurso a uma situação que neste momento é importante na sua vida).

M.: *Não chegava, é verdade, sou também humilde, tenho paciência, sou comunicativo.*

(Sorriu, suspira, encolhe os ombros e manifesta dificuldade na resposta).

Eu: *Consegue descrever-me os motivos de maior orgulho que já conseguiu, por exemplo, um determinado diploma, uma formação que tenha corrido bem?*

(Mudei a cadeira de lugar e aproximei-me de modo a sentar-me sem a mesa à frente, mas mantive-me em frente ao cliente. Utilizei uma questão aberta para possibilitar o desenvolvimento do pensamento e identificação por parte do cliente desses momentos. Houve necessidade de fornecer exemplos e incentivar a introspeção).

M.: *Fiz um curso de Inglês durante vinte e um meses em 2010 e um curso de informática durante dezoito meses na mesma altura, e consegui aqui terminar o nono ano. [Silêncio] Dos computadores já não me lembro de muita coisa do curso. [Silêncio] Tenho carta de condução há dezassete anos e carta de caçador mas já não utilizo. Comprei todos os carros com o meu dinheiro, este é o terceiro. [Silêncio] Trabalhei numa loja de ferragens ao balcão muito tempo. Queria atender ao balcão novamente.*

(O M. gesticulou mais, colocou o tronco mais para a frente. O discurso foi mais fluente, apesar de manter os silêncios entre as respostas, mas manifesta mais facilidade em expressar-se neste momento).

Eu: *M. esses acontecimentos são muito importantes e são sucessos que o M. já conseguiu e que deve ter orgulho.*

(Coloco as mãos em cima do colo, cruzo as pernas. Fornecido reforço positivo aos sucessos alcançados).

M.: [Manifesta sorriso]

(O M. esboça um sorriso, mexe no cabelo e aparenta estar satisfeito com os acontecimentos importantes referidos por ele).

A sequência de interação apresentada ocorreu na fase de exploração da entrevista que decorria há cerca de 10 minutos. Esta sequência foi importante, uma vez que foi onde experienciei mais respostas direcionadas aos objetivos pretendidos.

Duração da entrevista: 40 minutos.

Entrevista 14/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Realização de síntese da entrevista anterior.
- Discussão do exercício de reflexão proposto.
- Reavaliação do *Curriculum Vitae*.

Eu: *Em relação às dificuldades que sente quando trabalhava escreveu escrever rápido...*

O que quer dizer com escrever rápido?

(Cruzo as mãos em cima da mesa e mexo na caneta. Com esta questão tentei clarificar qual a dificuldade subjacente).

M.: *Hum, sim quando estava na loja de ferragens ao balcão tinha de passar as faturas à mão e tinha os clientes à espera e depois não percebiam a minha letra...*

(Tem as mãos no colo, olhar fixo e pensativo. Responde sem dificuldade à questão e fica em silêncio).

Eu: *E o M. sentia dificuldade quando isso acontecia é o que me está a dizer, compreendi bem?*

(Pretendia clarificar, uma vez que ainda não tinha compreendido).

M.: *Sim é isso era complicado para mim, agora já não passam à mão, já não existe assim.*

(Boceja e coloca os braços junto ao tronco e as mãos mantêm-se no colo. Fica em silêncio).

Eu: *Em relação às suas qualidades pessoais refere ser humilde, paciente, comunicativo e simpático, lembra-se de mais alguma?*

(Fico preocupada está a bocejar porque tem sono? Está aborrecido? Não lhe apetece estar aqui? Pergunto ou não pergunto? Acabei por não perguntar).

M.: *Hum acho que não...*

(Encolhe os ombros).

Eu: *Tem tempo para responder, pode pensar e dizer noutro dia se quiser...*

(Mantive o tronco direito e deixei espaço sem pressionar a resposta).

M.: *Sou também atencioso e carinhoso...sou carinhoso com os meus sobrinhos brinco com eles, este fim-de-semana brinquei com eles ao pião...*

(Esboça um sorriso e demonstra satisfação pelo resultado da sua reflexão).

Eu: *O M. escreve que quando trabalhava era atencioso com os clientes e que os pontos positivos que já alcançou, foi completar o nono ano de escolaridade, quer acrescentar mais alguma coisa?*

(Demonstrei atenção ao que estava escrito e pretendia que o M. desenvolvesse mais o pensamento sobre este assunto).

M.: *Ah o curso de Inglês também, vou acrescentar...Nos desejos pessoais coloquei começar a trabalhar foi o que meti...*

(Mantém-se com as mãos no colo e olha para baixo).

Eu: *Em relação à segunda parte do exercício refere que se sente mais ativo...pode-me esclarecer o significado de estar mais ativo...*

(Pretendia explorar a segunda parte do exercício e clarificar o que tinha escrito).

M.: *Sim quando sai do hospital estava muito parado, agora já estou mais ativo, faço mais coisas.*

(Apresenta o tronco direito e mexe as mãos. Reconhece porque está mais ativo mas é pouco específico).

Eu: *Quando olha para a árvore do exercício quais as conclusões que retira?*

(Aponto para a folha do exercício com a caneta. Esta resposta vinha em branco e tentei que o M. conseguisse retirar uma conclusão global do exercício).

M.: *Nenhuma...* (Encolhe os ombros e fica em silêncio).

Eu: *Pense um pouco já falou aqui em mudança e em aspetos positivos, ou seja numa mudança...*

(Utilizei palavras que já tinham sido referidas pelo M. no início da entrevista para o ajudar a organizar o seu pensamento).

M.: *Sim vejo uma mudança com aspetos positivos é verdade...mas não mudava nada foi o que meti na última pergunta.*

(Consegue responder e sorri. Fica novamente em silêncio com o olhar fixo para o chão).

Eu: *Já me disse no início que achou o exercício um pouco difícil, mas conseguiu terminar o que é bastante positivo. No geral o que achou do exercício?*

(Pretendia uma opinião global sobre o exercício em questão e fornecer reforço positivo).

M.: *Sim ajuda, a pensar...*

(Manteve-se na mesma posição e não desenvolve a resposta).

A sequência de interação apresentada teve lugar na fase de exploração sendo que a entrevista decorria há cerca de 18 minutos. Escolhi esta sequência porque foi difícil gerir os silêncios e o discurso do M. que foi na maioria das vezes provocado.

Duração da entrevista: 45 minutos.

O meu desenvolvimento

(Adaptado de Chalifour, 2008)

9. Os meus desejos pessoais e profissionais *CONSEGUIR TRABALHAR*

8. Pontos positivos que já realizei na vida *CURSO DE INGLÊS
9º ANO + RC*

1. Nome: *M*

4. Os limites e dificuldades que tenho na minha vida
NÃO TENHO

5. Quando trabalhava quais os principais limites e dificuldades
ESCREVER RÁPIDO

→ 6. As minhas qualidades pessoais
*HUMILDE, PACIENTE
COMUNICATIVO, SIMPÁTICO
• ATENCIOSO
• CARINHOSO*

2. Os meus limites e dificuldades pessoais *NÃO TENHO*

7. As minhas qualidades quando trabalhava *ATENCIOSO COM OS CLIENTES*

3. Os meus limites e dificuldades na formação e emprego
NÃO TENHO

(Adaptado de Chalifour, 2008)

- Após este retrato de si quais os seus sentimentos e pensamentos?

SINTO-ME MAIS ACTIVO

- Quais as conclusões que retira?

VEJO UMA MUDANÇA POSITIVA

- Mudava alguma coisa? Se sim, o que tem bloqueado essa mudança?

NÃO

Entrevista 21/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Discussão do *Curriculum Vitae* do M.
- Realização do exercício “Quem sou eu?”

Eu: *Então vamos à primeira pergunta, se o M. escrevesse um filme sobre si o que escrevia? Ou se colocasse os óculos virados para si o que via?*

(Recurso à imaginação para facilitar a interpretação da pergunta).

M.: [Período grande de silêncio] *Sou alegre e satisfeito...*

(Sentado com os ombros encolhidos a olhar para mim. Permanece em silêncio. Fornece uma resposta superficial).

Eu: *Hum...se eu saísse da sala de cinema ficava a saber apenas que o M. é alegre e satisfeito, é o que está a dizer?*

(Cruzo as pernas e mexo várias vezes na caneta, sinto-me preocupada. Realizo tentativa de clarificação).

M.: *Sim estava bem...*

(Olha para o lado, mostra-se evasivo em desenvolver mais a resposta).

Eu: *Olhe que não ganhava o Óscar...esta pessoa é satisfeita e alegre, não se lembra de mais nada?*

(Esboço um sorriso e recorro ao humor para tentar tornar o discurso mais fluído. Reparo que acabo por fornecer demasiados exemplos para que o M. consiga responder).

M.: *Acho que não, sou tantas coisas que agora não me lembro, ajude-me lá.*

(Coloca os braços em cima da mesa, mexe nos óculos e assume uma posição de espera em relação às respostas).

Eu: *Eu posso ajudar um pouco a organizar as suas ideias, mas gostava que as respostas que viessem de si e não de mim está bem?*

(Inclino o tronco e sinto os músculos do pescoço tensos e tento gerir da melhor maneira o que estou a sentir. Sinto-me um pouco perdida na abordagem para continuar a entrevista, visto que o M. não se está a esforçar para responder).

M.: *Sim [Período grande de silêncio, está a pensar em complementar a resposta]. Vou meter que sou benfeitor e amigo do próximo. Faço boas ações...*

(Parece concordar com o que digo, baixa a cabeça vira-se para a mesa e permanece a olhar para o papel. Fica muito tempo em silêncio, mas decido não interromper pois parece mais concentrado).

Eu: *Quando olha para o espelho....pode ajudar a lembrar-se de mais alguma coisa...*

(Neste momento utilizo a imagem do espelho e assumo uma atitude de exploração para que especifique determinados aspetos de si).

M.: *Vejo-me com peso a mais, se estivesse mais magro não fazia mal nenhum. Vejo-me normal. Agora esta é difícil [está a ler a pergunta] como é que eu acho que os outros me veem...*

(Remete a questão para o corpo e revela alguma preocupação. Não expressa emoções ou sentimentos. Passa para a próxima questão).

Eu: *Sim é verdade é uma questão que pode ser um pouco complicada, mas tem tempo para responder.*

(Gesticulo com as mãos e mexo nos papéis. Demonstro compreensão pela dificuldade expressa e devolvo-a).

M.: *Eu acho que as outras pessoas me veem como bem-disposto e satisfeito. [Silêncio] Simpático. A minha mãe só diz para eu fazer atletismo, mais exercício e andar mais, já há 5 ou 6 anos que não faço atletismo.*

(Refere que não pensa sobre o assunto e responde de modo simples).

Eu: *A seguinte questão.... como gostaria de ser, ou seja o que gostava que fosse diferente.*

(Fico surpreendida por saber que já praticou atletismo. Leio a questão seguinte de maneira mais simples, curta e mais diretiva para centrar mais o assunto).

M.: *Gostava de ser mais magro. Eu lavo a loiça às vezes. Eu tudo o que faço, faço bem...faço bem a cama, faço bem lavar a loiça, faço bem deitar-me cedo, faço bem em tomar a medicação. Gostaria de ser milionário e me saísse o euro milhões.*

(Apenas refere a questão do excesso de peso e continua a não expressar dificuldades que sente, assumindo que não as tem. Respeito a sua posição e perceção, mas mantém-se protetor em relação à expressão si mesmo).

A sequência de interação escolhida por mim encontra-se na fase de exploração após 20 minutos do seu início. Escolhi esta sequência de interação pois destaca dificuldades que senti na entrevista.

Duração da entrevista: 40 minutos.

Quem sou eu?

Como eu me vejo?

EU VEJO-ME ALEGRE E SATISFEITO, BEM FEITO,
AJUDO O PRÓXIMO, VEJO-ME COM PESO A MAIS
VEJO-ME UMA PESSOA JOVEN
QUANDO AO ESPELHO VEJO-ME NORMAL

Como eu acho que os outros me vêem a mim?

EU ACHO QUE OS OUTROS ME VÊEM ALEGRE
E BEM DISPOSTO, SINDÁTICO

Como eu gostaria de ser?

EU GOSTARIA DE SER MAIS MAGRO

Como os outros gostariam que eu fosse?

GOSTAVA QUE EU FOSSE MAIS ACTIVO

Como eu tenho medo de ser?

TENHO MEDO DE VIR A SER ARROGANTE
E CÍNICO

Como eu posso vir a ser realmente?

UM AMOL DE PESSOA, ATENCIOSO,
FAZER JARDINAGEM
GOSTARIA DE SER MAIS ACTIVO

Entrevista 28/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Realização do exercício “A minha face oculta”.
- Realização do exercício sobre a perceção de si mesmo em relação: “Aquilo que eu gosto e faço”; “Aquilo que eu gosto e não faço”; “Não gosto e faço”; “Não gosto e não faço”.

Eu: *Tenho uma proposta para o M. de desenhar uma máscara. Desenhar um objeto com o qual se identifique, por exemplo, desenhava um relógio porque sou uma pessoa pontual. A máscara será para dividir ao meio, em que um dos lados é aquilo que o M. mostra aos outros e do outro lado o que não mostra, o nosso chamado lado oculto. O M. depois está à vontade para me dizer ou não o significado do que desenhou.*

(Exemplifico numa folha branca, esclareço que o objetivo não é avaliar a capacidade artística. Forneço uma folha A4 branca em cartolina e um lápis de carvão).

M.: *Preencho a folha toda?*

(Parece-me compreender o exercício, está atento e concentrado).

Eu: *Como quiser...*

(Gesticulo com as mãos. Coloco o M. à vontade para utilizar o espaço da folha sem limitações).

M.: [Silêncio prolongado]

(Inclina e roda o tronco na direção da mesa para desenhar a sua máscara. Mostra-se recetivo à concretização do exercício. Apaga com borracha e refaz parte do desenho).

Eu: [Mantenho-me em silêncio]

(Tenho dificuldade em manter o olhar, mas tento não fixar o olhar no M. para evitar pressionar a realização do exercício).

M.: [Está pensativo]

(No geral denoto que está menos concentrado, coloca questões por exemplo, se deve ou não colocar um risco a dividir a máscara. Foi lembrado do objetivo do exercício).

Eu: *Quer-me falar um pouco sobre o que desenhou?*

(Demonstro curiosidade autêntica e coloco uma questão mais ampla para possibilitar a exploração do que estava representado).

M.: [Ri-se]

(O M. dá uma grande risada, que foi bastante inesperada!)

Eu: *Então qual é o lado que o M. mostra?*

(Coloco as mãos na mesa e adoto outra estratégia, através de uma pergunta mais direta).

M.: *Sou patriota e a vida é um jogo.*

(Olha para o papel e permanece em silêncio. Desenhou uma bandeira e um dado. É pouco claro na sua resposta).

Eu: *O que é ser patriota para o M.?*

(Busco a clarificação das suas ideias).

M.: *É gostar do país...quando vou votar demonstro. Fui à tropa.*

(Mantém-se evasivo na resposta mas já consegue transmitir uma ideia mais concreta do que significa para si).

Eu: *O que dizer com a vida é um jogo?*

(Neste momento sinto-me um pouco tensa. Pretendo novamente clarificar o conteúdo conceptual da mensagem transmitida).

M.: *Então porque a gente nunca sabe o dia de amanhã...hum a gente nunca sabe o dia de amanhã temos de jogar com o tempo para fazermos as nossas coisas.*

(Fica pensativo e parece dizer a primeira coisa que se lembra. Volta a pensar e fornece uma mensagem pouco clara, mas que mais tarde na entrevista relaciona com as estratégias que desenvolve para viver a vida).

A sequência de interação escolhida por mim encontra-se na fase de exploração sendo que a entrevista tinha tido início há 12 minutos. Escolhi esta sequência de interação porque estava bastante expectante em relação à receptividade do M. face ao exercício “A minha face oculta”. Era uma proposta de exercício diferente que recorria à introspeção e alguma criatividade, no entanto no geral o M. aceitou bem a realização do exercício

Duração da entrevista: 45 minutos.

“Aquilo que eu...”

Aquilo que eu gosto e faço

GOSTO DE DORMIR
GOSTO DE CAMINHAR
GOSTO DE COMER
GOSTO DE PASSAR
GOSTO DE BRINCAR COM OS
MEUS SOBRINHOS
GOSTO DE CONDUZIR

Aquilo que eu gosto e não faço

GOSTO DE IR À CAÇA
GOSTO DE IR À PESCA
GOSTO DE FAZER ATLETISMO
GOSTAVA DE ESTAR ATRÁS DA MÃO

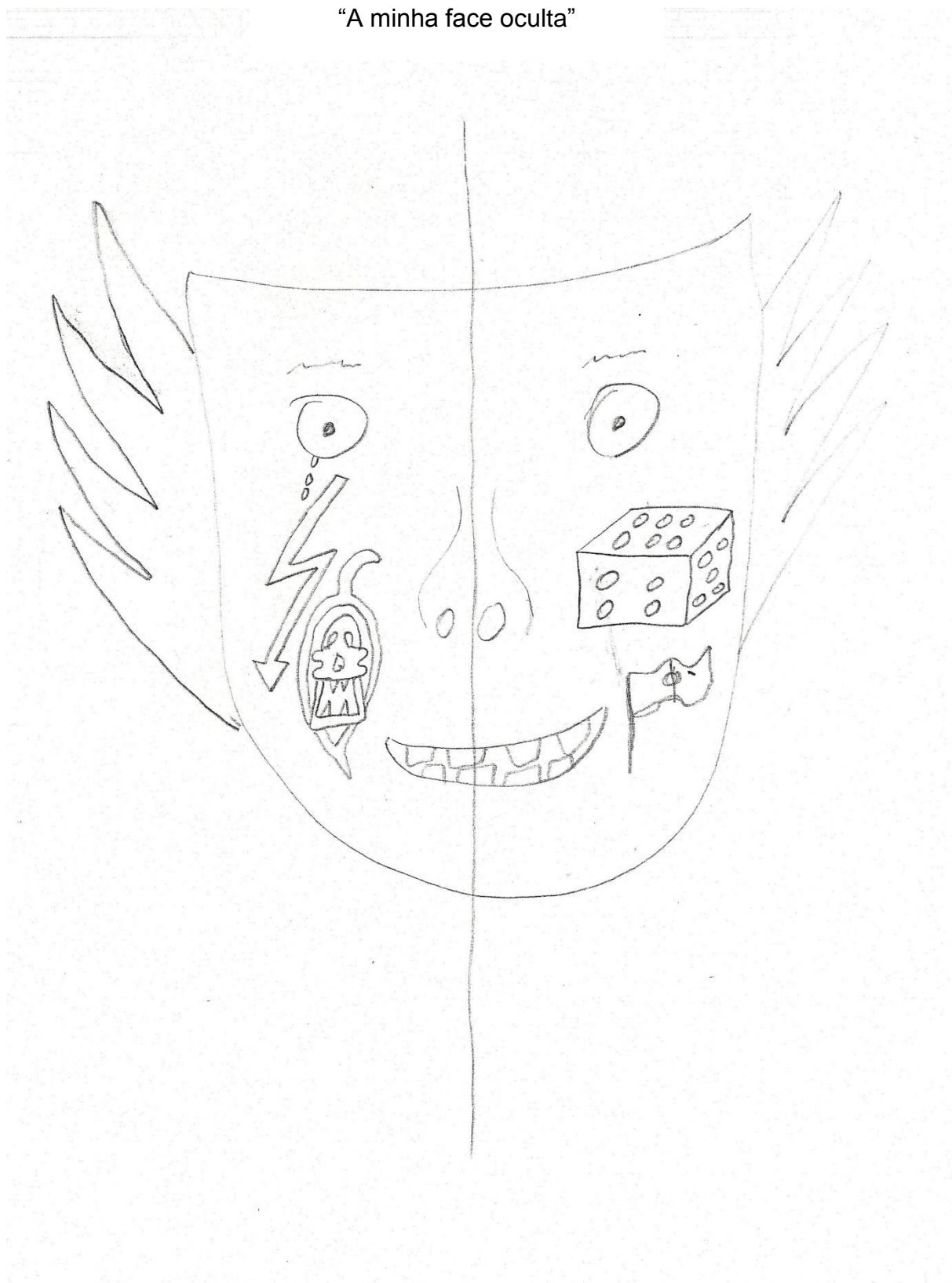
Não gosto e faço

LAVAR A LOÇA

Não gosto e não faço

DIZER PALAVRÕES
FAZER GRÁFICOS
ANDAR MUITO DEPRESSA
FALTAR AO RESPEITO AOS
MEUS PAIS
GOZAR COM AS PESSOAS

“A minha face oculta”



Entrevista de Avaliação 12/02/2013

Avaliação das intervenções realizadas

- Referiu no momento presente do seu projecto terapêutico, que voltar a trabalhar e fazer uma formação profissional são objectivos importantes Assinale com um círculo se as intervenções realizadas durante este processo foram:

1. Nada importantes
2. Pouco importantes
3. Importantes
4. Muito importantes
- ☒ 5. Extremamente importantes

- Assinale qual o significado da resposta anterior de acordo com o que escolheu.

Foi IMPORTANTE porque QUERO ME SENTIR ÚTIL
NA SOCIEDADE, MELHOREI O MEU AUTOCONHECIMENTO.
AJUDO O FALAR DAS MINHAS QUALIDADES.

APÊNDICE IX – Cliente P.

O P. tem 33 anos de idade, é do sexo masculino, tem o 6.º ano de escolaridade e vive com os pais. Refere uma boa relação com a mãe e o irmão, e alguma tensão na relação com o pai. O P. tem antecedentes de consumo de haxixe desde os 12 anos de idade e na adolescência frequentava consultas de psicologia com pouca adesão. A primeira consulta de psiquiatria foi aos 18 anos mas também sem adesão. Frequenta o Programa de Reabilitação desde Setembro de 2012.

Percurso profissional:

- Curso de manutenção hoteleira (2005-2006 chumbou no exame final)
- Emigrou para a Holanda para trabalhar na agricultura durante 2 meses (2003)
- Ajudante de montador de cozinhas (2001-2002)
- Ajudante de padeiro (2000)
- Empresa de distribuição de livros (1999)
- Ajudante de eletricista (1997)
- Administrativo (1998)
- Ajudante de montador de tetos falsos (1994)

O P. já integrou vários cursos e formações profissionais que depois acaba por desistir e não conseguir continuar, refere que tem necessidade de ter uma motivação exterior a si, uma vez que ter motivação só por ele é mais difícil. Menciona medo e insegurança de não conseguir chegar até ao fim de um projeto, nomeadamente no âmbito da formação e trabalho.

Quadro clínico: Esquizofrenia paranoide

Medicação:

	Pequeno-almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Risperidona 3 mg	x		x	
Lorazepam 2,5 mg	½x	½x		
Tercian 100 mg				x
Risperdal Consta 50mg	2/2 semanas			

Avaliação Holística

17/12/2012

“Tudo começou quando o meu pai me bateu, eu tinha 6 ou 7 anos. Tive medo do meu pai isso traumatizou-me um bocado. Sentia-me injustiçado. [As coisas ao longo do tempo] mudaram positivamente até aos 16 anos, entretanto contei aos meus pais que consumia drogas leves e o meu pai revoltou-se e virou-se contra mim, e eu defendi-me e aleijei-me. A nossa relação ficou um bocado tremida, a relação minha e do meu pai.

[Agora] sinto-me tranquilo. Sinto-me mais leve, não sinto necessidade de consumo. [Enquanto pessoa] sou livre, simpático, simplicidade. [Desejo que aconteça agora] ter família própria, encontrar um estágio ou emprego adequado às minhas necessidades. [Espero que a enfermeira] me ajude a arranjar as bases.

Em relação a não ter emprego na angústia estou 7, no distúrbio 8 e no controlo um 2. No estágio profissional [não ter] na angústia 7, no distúrbio 8 e no controlo 2.

[As pessoas importantes] A minha família no geral e os meus amigos. Eles são importantes porque fazem parte da minha vida.

[Os objetos importantes] TV, PS2, PC, HI-FI porque me fazem companhia na ausência de pessoas e mantêm-me ocupado. [Crenças importantes] Ser verdadeiro, amor, amizade, porque nos faz sentir com a consciência tranquila.

[Se o problema não existisse] era guarda-redes profissional ou semiprofissional. [A mudança para melhorar] mudança positiva a recuperação. Falando de mim.” (sic)

Objetivos presentes

Conseguir um estágio ou um emprego – classificou como **Muito Importante**

Avaliação das necessidades de saúde:

Mostra dificuldade na identificação e autoconhecimento de si

- “[Enquanto pessoa] *sou livre, simpático, simplicidade.*” (sic).

Autoestima/Força de Vontade

- Verbaliza medo e insegurança nas suas capacidades para agir sobre um aspeto particular e de não conseguir chegar até ao final de um projeto, nomeadamente no âmbito da formação e trabalho.

Avaliação do estado de saúde mental segundo Trzepacz e Baker (2001):

Aspeto, atitude e atividade: Cliente vígil, com idade aparente coincidente à real, encontrava-se sentado, com uma postura tensa e desconfiada. Aspeto cuidado, vestuário adequado à época, com marca de cigarro num dedo. Bom contacto visual. Apresentou uma atitude colaborante. Tem uma limitação funcional ligeira no quarto e quinto dedo da mão direita relacionada com um acidente no passado, com uma faca durante um momento de crise.

Humor e emoções: Humor eutímico, expressão emocional consistente e congruente.

Discurso e linguagem: Cliente com discurso fluente, discurso espontâneo, mas também provocado. Houve necessidade de recorrer várias vezes a momentos de síntese durante a entrevista, para que o cliente conseguisse ter acesso ao que já havia referido.

Alterações formais do pensamento, conteúdo do pensamento e percepção: Sem alterações do processo de pensamento e conteúdo do pensamento. Não manifesta alterações na percepção.

Cognição: Orientado em relação à pessoa, espaço e tempo. Manteve a atenção e a concentração apresentou-se diminuída durante a entrevista.

Insight e juízo crítico: Cliente com *insight* para a sua doença. O processo de juízo crítico encontra-se diminuído, nomeadamente para a reflexão sobre as tomadas de decisão e ações perante os seus objetivos presentes.

Diagnóstico do estado de saúde:

Foco de enfermagem: “**Autoestima** (...) opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização de crenças sobre si próprio, confiança em si (...) (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003, p.54).

Foco de enfermagem: “**Identidade pessoal** (...) conjunto de ideias, sentimentos e atitudes que cada um tem sobre a sua identidade, merecimento, capacidades, limitações e opiniões de outros (...) ” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003, p.54).

Foco de enfermagem: “**Força de vontade (Volição)** (...) disposição para reter e abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções (...)” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003, p.49).

Plano de cuidados Cliente P.	
Diagnóstico	Intervenções de enfermagem
Identidade Pessoal adquirido em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer uma relação terapêutica com o P. com base na confiança e no respeito; Utilizar técnicas de comunicação que possibilitem a reflexão e expressão sobre si mesmo; Ajudar na identificação de qualidades pessoais características da sua individualidade; Ajudar na identificação de quais são as suas fontes de motivação; Ajudar na identificação de quais são as suas fontes de motivação.
Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none"> Que o P. consiga verbalizar características da sua identidade pessoal, expressando uma melhoria positiva no seu autoconhecimento. 	
Autoestima Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar o cliente a identificar os seus recursos positivos; Reforçar os recursos positivos identificados; Manifestar confiança na capacidade do cliente em lidar com as situações da sua vida; Explorar sucessos anteriores; Reforço positivo com os progressos alcançados em direção aos seus objetivos; Apoiar no estabelecimento de objetivos realistas para melhorar a autoestima; Encorajar a tomada de decisão.
Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none"> Possibilitar que o P. expresse sentimentos de autovalorização e confiança nas suas capacidades. 	
Força de vontade (volição) diminuída	<ul style="list-style-type: none"> Ajudar o cliente a ponderar as vantagens e as desvantagens de cada escolha; Incentivar o cliente a descrever uma mudança realista de papel social; Ajudar na identificação de metas adequadas a curto e a médio prazo.
Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none"> Que o P. consiga refletir sobre estratégias para ultrapassar as dificuldades na tomada de decisão. 	

Entrevista 4/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Ajudar na exploração e identificação dos recursos positivos.
- Identificação dos sucessos anteriores já alcançados, fornecendo reforço positivo.
- Ajudar na identificação de qualidades pessoais que são características da sua individualidade.

P.: *Em relação ao jornal, agora um aparte, posso passar a computador o que está feito?*
(Coloca uma questão sobre uma atividade do Programa de Reabilitação).

Eu: *Em princípio não haverá problema e pode começar o registo a computador, mas no final da entrevista poderá confirmar.*

(Neste momento sinto-me um pouco tensa. Será que vou conseguir retomar os objetivos da entrevista? Será que esta situação também poderá estar a criar alguma ansiedade no P.?)

Eu: *O P. frequentou a escola até que ano?*

(Coloquei-me sentada quase frente a frente ao P., mas com uma ligeira inclinação do corpo, evitei ter a mesa à frente. Neste momento da entrevista sentia-me desconfortável).

P.: *Tenho o sexto ano de escolaridade, agora não gosto das novas oportunidades já experimentei e não quero. Aquilo é falar sobre nós, as experiências.*

(O P. encontrava-se sentado, com uma atitude colaborante, mas uma postura encolhida, as mãos no colo, com um discurso provocado por mim. O P. parecia-me distante, com uma linguagem pueril por períodos. Pensei no que disse, não gosta de falar de si mesmo e senti-me preocupada).

Eu: *E o P. já se informou se existem alternativas a esta maneira de ensinar?*

(Coloquei uma questão fechada, para tentar focalizar o P. na entrevista e nos objetivos da mesma).

P.: *Ainda não, mas poderia pensar nisso.*

(O P. respondeu com uma resposta limitadora do desenvolvimento do discurso. Ficou depois em silêncio).

Eu: *Falando agora do P., lembra-se de me ter dito então que era uma pessoa simpática, já se lembrou de mais alguma qualidade para dizer hoje? Por exemplo, quando trabalhava.*

(Esbocei um sorriso, forneci tempo e espaço para o P. pensar e processar a questão o que nem sempre consegui fazer).

P.: *Quando trabalhava era produtivo dentro das minhas possibilidades a desempenhar tarefas, as que eram determinadas para eu fazer. Quando trabalhava cumpria bem ordens. A honestidade, sinceridade. Tento aprender com os erros. Os trabalhos que correram melhor foram no armazém de livros em 1999 e ajudante na montagem dos móveis de cozinha. Foi as vezes que não desisti, as coisas terminaram mas não foi culpa minha.*

Uma vez agredi um polícia à paisana, não sabia que era um polícia, fui para a esquadra e fui detido. Fizeram pressão para eu dizer um nome e acabei por dizer. Na altura traficava, mas era só para mim não vendia. Mas foi uma lição, a partir daí nunca mais me meti nisso.

(Pareceu-me com uma postura física em relação ao ambiente mais descontraída. Apresentou-se igualmente mais focalizado na entrevista, manifestando uma ligeira melhoria na expressão dos seus pensamentos sobre si mesmo).

Eu: *O P. está a dizer-me que é uma pessoa que se considera produtiva, honesta e humilde para aceitar e aprender com os erros e que cumpre bem ordens na realização de tarefas.*

(Mantive um contacto expressivo e uma curiosidade autêntica. Neste momento utilizei como estratégia relacional a busca de clarificação do conteúdo transmitido, demonstrando interesse e escuta ativa da mensagem fornecida).

P.: *Sim é verdade, é isso que acho. Aqui dou-me bem com toda a gente, estou melhor.*

(O conteúdo da mensagem foi validado pelo cliente, mas demonstra pouca confiança na sua afirmação).

A sequência de interação encontra-se na fase de exploração da entrevista que decorria há cerca de 15 minutos. Esta sequência foi marcante, uma vez que foram as unidades de interação que me provocaram mais desafios, dificuldades e momentos de reflexão crítica.

Duração da entrevista: 40 minutos.

Entrevista 11/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Síntese da entrevista anterior.
- Discussão do exercício de reflexão e desenvolvimento pessoal e profissional.

Eu: *Continuando a analisar o exercício, em relação aos seus principais limites e dificuldades pessoais que possam ser um obstáculo para a realização dos seus projetos, escreveu o seu problema dos dedos da mão. Lembra-se de mais alguma coisa?*

(Encontrava-me frente a frente, sentada com as mãos no colo, tentei não inclinar o tronco e manter uma postura tranquila. Neste momento pretendia que o P. conseguisse expressar mais algumas das suas dificuldades pessoais. Foi dado o tempo e espaço para pensar).

P.: *Hum às vezes em casa esqueço-me de fazer as coisas, só faço a cama quando a minha mãe me diz para fazer, não varro o chão do quarto também me esqueço. Acho que é esquecimento, falta de motivação não sei o que é. Mas quando acordo não me esqueço de fumar um cigarro e ligar o computador.*

(O P. respondeu mais direcionado para as dificuldades do quotidiano. Pareceu-me também preocupado com a questão do esquecimento, que acabou por acrescentar no exercício).

Eu: *O P. está a dizer-me que quando está em casa não se lembra de fazer as tarefas, será isso?*

(Tentativa de esclarecimento e exploração, uma vez que pareceu hesitante em dizer se seria só esquecimento).

P.: *Pois não sei, mas sim deve ser esquecimento, porque depois faço quando me dizem para eu fazer as coisas, mas têm que dizer. Lembro-me das coisas do passado lembro-me de tudo, mas as do presente nem por isso.*

(Olhar pensativo, olha para a frente e coloca as mãos no colo. Manifesta aparente desconforto por não se recordar de aspetos da sua vida recente, chega a dizer que as outras pessoas acham estranho).

Eu: *Parece ser uma questão que o preocupa, pode experimentar fazer uma lista à mão ou escrever a computador sobre as tarefas que tem para fazer nesse dia, pode ser uma grande ajuda, se tiver oportunidade experimente P.*

(Mostrei-me compreensiva através do olhar e da escuta ativa. Forneci uma estratégia simples que conseguisse ajudar o P. no seu dia-a-dia).

P.: *Posso experimentar...*

(Fiquei com dúvidas se o vai fazer, mas também dei a entender que seria apenas uma sugestão, e que o importante era encontrar uma estratégia sua que desse resultado).

Eu: *Voltando ao exercício e às dificuldades que sentiu para regressar à formação/ emprego escreveu falta de motivação, mas que acha que é psicológico. Pode dizer-me o que entende por psicológico?*

(Tentei voltar ao exercício pois estava com receio de me perder na condução da entrevista e na gestão do tempo acordado. Utilizei uma questão direta no sentido buscar a clarificação).

P.: *Bem, vem cá de dentro não sei, temos que querer, apesar de ser importante as ajudas que temos, está cá dentro.*

(O P. ficou pensativo, mas continua pouco claro na sua resposta. Sinto que mesmo assim devia ter dado mais espaço para o processamento da resposta, comecei a falar antes do tempo).

Eu: *Compreendi que fala nas ajudas que tem aqui neste Programa... que lhe fornece ferramentas para conseguir encontrar a sua motivação.*

(Tentei clarificar o que me transmitiu, percebo que não fui clara e objetiva)

P.: *Não percebi muito bem...*

(Coloca as mãos no colo e mexe no cabelo. Parece-me confuso).

Eu: *O P. neste momento tem conseguido ultrapassar algumas dificuldades, nomeadamente em termos de socialização com o outro desde que frequenta este Programa, esta ajuda poderá ser importante para continuar a procurar e a pensar em coisas que lhe tragam motivação. O que acha sobre isso?*

(Clarificação do conteúdo da mensagem da minha parte. Sinto-me preocupada, será que sou eu que não estou a compreender? Será que continuo a não conseguir devolver ao P. a mensagem que me transmitiu?).

P.: *Sim é isso, tenho de conseguir encontrar com ajuda.*

(Parece-me mais calmo, esboça um sorriso, penso ter compreendido a sua mensagem).

Eu: *Já pensou por exemplo num voluntariado para começar, para depois começar a pensar numa formação ou trabalho. Como ainda não falou com o assistente social, mais para a frente poderia ir a uma consulta com ele.*

(Fornecimento de um aconselhamento no sentido do P. encontrar dentro de si algumas repostas, escolhas e motivações).

P.: *Voluntariado até gostava...Do assistente social, pois isso não sei, talvez mais um ou dois anos quando estiver melhor, agora não. Tenho consulta em Março vou perguntar ao médico, para perguntar se tenho direito a algum valor por mês, subsidio, agora não recebo nada.*

(Fácies preocupado com a questão de uma possível consulta com o assistente social no futuro próximo. Parece-me conformado com a situação atual, com medo de uma mudança significativa na sua vida apesar de expressar vontade e desejo para o fazer).

Eu: *Em relação aos limites e dificuldades no dia-a-dia refere não sentir de momento nenhuma dificuldades...*

(Devolvi o que escreveu).

P.: *Sim não tenho, faço o meu dia-a-dia normal...*

(Torna-se um pouco contraditório uma vez que já manifestou algumas dificuldades, nomeadamente na gestão das tarefas diárias).

Eu: *Quando trabalhava refere como principal dificuldade lidar com a droga, quer falar sobre isso?*

(Cruza as pernas e mexo na caneta. Coloco uma questão mais aberta de modo a que o P. desenvolva o pensamento e expresse o mesmo).

P.: *Na maioria das vezes não ia com a droga trabalhar, era mais à noite quando chegava do trabalho, mas depois era a preocupação com o dinheiro, a polícia, andava mais lento e cansado.*

(Mantém o contacto, não desvia o olhar. Não demonstra dificuldade em falar sobre esta questão).

A sequência de interação apresentada foi na fase de exploração da entrevista que decorria há cerca de 10 minutos. Esta sequência revelou-se pertinente uma vez que experienciei

várias estratégias de comunicação, senti-me insegura e explorei questões importantes para responder a algumas necessidades do cliente.

Duração da entrevista: 45 minutos.

O meu desenvolvimento

(Adaptado de Chalifour, 2008)

9. Os meus desejos pessoais e profissionais

FICAR APTO PARA TRABALHAR
E TER UMA VIDA ESTÁVEL

8. Pontos positivos que já realizei na vida

ALGUNS BENS MATERIAIS.
QUE ADQUIRI COM O TRABALHO

1. Nome: P...

4. Os limites e dificuldades que tenho na minha vida

DE MOMENTO NENHUMAS

5. Quando trabalhava quais os principais limites e dificuldades

LIDAR COM O PROBLEMA DA DROGA

6. As minhas qualidades pessoais

A PERSISTÊNCIA

7. As minhas qualidades quando trabalhava

ESPÍRITO DE AJUDA

2. Os meus limites e dificuldades pessoais

O MEU PROBLEMA NOS DEBOS
~~ESQUECIMENTO~~ ESQUECIMENTO

3. Os meus limites e dificuldades na formação e emprego

FALTA DE MOTIVAÇÃO MAS ACHO QUE É
PSICOLÓGICO

Entrevista 18/01/2013

O P. não compareceu.

Entrevista 24/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Síntese dos assuntos abordados na última entrevista.
- Terminar o exercício de reflexão e desenvolvimento pessoal e profissional.
- Introduzir estratégias de motivação para uma melhor tomada de decisão em relação à adesão ao seu regime terapêutico.

Eu: *Esteve agora a relembrar o que escreveu no exercício da árvore. Qual é o primeiro pensamento que surge ou sentimento quando acaba de ler P.?*

(Cruza as pernas e olha para o exercício. Pretendia que o P. respondesse palavras soltas, ou seja as primeiras que surgissem no seu pensamento. Pareceu-me não compreender a mensagem que transmiti).

P.: [Silêncio]

(Olha para baixo e desvia o olhar. Fica a olhar para o exercício. Permanece em silêncio algum tempo, mas não interrompo).

Eu: *Está a achar a pergunta difícil?*

(Neste momento achei pertinente interromper o silêncio e clarificar a questão. Sinto que não compreende).

P.: *Sim um bocado...*

(Olha em frente e mexe no casaco. Esboça um sorriso e confirma que não está a compreender).

Eu: *Vou tentar clarificar, por exemplo, em relação ao que já viveu e ultrapassou tem determinados sentimentos, pensamentos....em relação ao que está a viver agora também e na mesma linha de ideias em relação ao que deseja e quer desenvolver terá outras ideias e pensamentos, que no final de contas foram os assuntos que estão escritos no exercício. Será que assim ajuda a organizar a resposta?*

(Permaneço também em silêncio a pensar na resposta e sinto-me desconfortável. Tento utilizar e devolver ao P. uma orientação mais estruturada, que ajude a organizar o seu pensamento através da expressão escrita).

P.: *Sim, ajuda.*

(Fica em silêncio a escrever a resposta. Fica concentrado na folha de papel e hesita em escrever).

Eu: [Mantenho o silêncio].

(Olho para baixo, lembro-me que não sabia bem como me posicionar. Decido não intervir uma vez que está a escrever pausadamente e sinto que necessita desse espaço. É o P. que interrompe o silêncio e questiona se o que está a escrever está bem. Eu respondo apenas que não existe uma resposta certa e que o P. é que decide o que escreve e o que está a sentir).

P.: *Agora estou mais seguro. O que já ultrapassei faz-me nostalgia. O que estou a sentir agora é uma paz de espírito. Eu penso em fazer voluntariado ao longo do ano de 2013, ajudar em alguma coisa que seja preciso tipo sete ofícios mas agora ainda não. Durante este ano.*

(Quando termina lê o que escreveu e parece satisfeito com as suas respostas. Mantém a sua posição em relação às perspetivas de emprego e formação, mostra interesse pelo voluntariado mas afirma ser muito cedo para assumir um compromisso).

Eu: *E em relação às conclusões que retira P. do que escreveu e disse?*

(Esta questão pretende obter uma informação geral e global do exercício).

P.: *Nada...*

(Olha para baixo e mexe nas folhas. Permanece pensativo e responde de forma evasiva).

Eu: *Nada...*

(Salientei a palavra-chave utilizando um reflexo simples para demonstrar compreensão e devolver-lhe algo convidando-o ao desenvolvimento do seu discurso).

P.: *Hum nada não... [pensativo] estou a ter perspetivas de vida neste momento.*

(O P. hesitou, gesticulou com as mãos e pareceu-me preocupado com o que tinha referido. Não desenvolveu muito o seu discurso mas reconhece não lhe fazer muito sentido dizer nada).

Eu: *Para terminarmos este exercício e quando olha para a sua imagem do que já ultrapassou, está a ultrapassar agora e os desejos para o futuro, mudava alguma coisa, ou existe alguma coisa que esteja a impedir essa mudança que deseja.*

(Mexo na caneta e inclino o tronco mais para trás. Recordo-me que neste momento utilizei uma estratégia mais organizadora e clara para orientar a resposta do P.).

P.: *Eu acho que devo pensar mais positivo.*

(O P. olha para baixo e para cima e depois em frente. Responde de modo superficial mas aparenta satisfação com a resposta dada).

A sequência de interação apresentada emergiu no momento de exploração da entrevista que se encontrava em curso há cerca de 8 minutos. A sequência foi pertinente pois experienciei estratégias de comunicação mais eficazes, geri melhor os momentos de clarificação e os momentos de silêncio. Nos momentos de silêncio, senti-me menos tensa apesar de manter algum desconforto, e comecei a compreender a importância dos mesmos no âmbito das trocas e até onde deve ser ou não mantido

Duração da entrevista: 40 minutos.

(Adaptado de Chalifour, 2008)

- Após este retrato de si quais os seus sentimentos e pensamentos?

~~MAIS~~ ESTOU MAIS SEGURO

O QUE EU JÁ ALTRAPACEI CAUSARME NOSTALGIA.

O QUE QUE ESTOU A SENTIR AGORA É PAZ DE ESPÍRITO
PENSO EM FAZER VOLUNTARIADO AO LONGO DESTES ANOS DE 20.

- Quais as conclusões que retira?

SIM ESTOU A TER PERSPECTIVAS DE VIDA

- Mudava alguma coisa? Se sim, o que tem bloqueado essa mudança?

ACHO QUE DEVO PENSAR MAIS POSITIVO

ASPECTOS POSITIVOS DE CUMPRIR
O REGIME TERAPÊUTICO.

A COMPANHIA.

AS MANEIRAS OCUPADO

- A MEDICAÇÃO

O ESPÍRITO DE AJUDA ~~À~~ ~~MAIS~~ ~~MAIS~~
DÁ MAIS AUTOCONFIANÇA

- ~~SENTIR-SE COM O REGIME~~ ~~TERAPÊUTICO~~

- SENTIR-SE BEM

- VIVER MAIS TEMPO E COM SAÚDE

- RESISTÊNCIA FÍSICA SE NÃO FUMAR

OS ASPECTOS NEGATIVOS DE NÃO CUMPRIR
O REGIME TERAPÊUTICO.

- SENTIMENTO DE CULPA.

- FALTA DE COMPANHIA

FALTA DE FALAR

SINTOMAS MAIS EMBaixo DE FORMA.

QUANDO FUMAR OS DEDOS FICAM AMARELOS
OS DENTES FICAM AMARELOS

ENCOMODAR AS OUTRAS PESSOAS E POLUIR
O AMBIENTE REDUZ A RESISTÊNCIA FÍSICA.

Entrevista 31/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Introduzir estratégias de motivação para uma melhor tomada de decisão em relação ao regime terapêutico.

Eu: *Em relação à visita ao complexo desportivo gostou? Ficou com vontade de frequentar?*

(Faço referência à visita organizada para os clientes do Programa de Reabilitação).

P.: *Sim gostei muito e fiquei com vontade de ir.*

(Esboça um sorriso e gesticula com os braços).

Eu: *Em relação ao regime terapêutico tenho aqui uma proposta para o P., que podemos fazer aqui visto estar já preocupado com os trabalhos que tem para o fim de semana. Por exemplo mudanças positivas...para uma mudança positiva em relação à minha motivação para não faltar às consultas/tratamentos/ área de dia (Programa de Reabilitação). O mesmo será pedido para a atividade física, alimentação saudável e tabagismo.*

(Mostra-se preocupado com um artigo que tem de escrever para o jornal da área de dia. Aponto para as quatro folhas e recordo-me de dar exemplos práticos de preenchimento para cada uma das folhas).

P.: *Eu posso começar pelo das consultas...*

(Roda o tronco para a mesa, pede-me uma caneta e aproxima a face do papel).

Eu: [Fico em silêncio]

(Sinto-me cansada, tensa e com dificuldade em manter a concentração).

P.: [Encontra-se a escrever]

(Está pensativo e continua a escrever).

Eu: *Quer falar sobre o que escreveu?*

(Coloco as mãos na mesa).

P.: *Sim meti que desejo ser assíduo para poder cumprir e participar e que consigo com alguma força de vontade. Sentia-me melhor se estive sempre presente e deveria fixar mais as coisas. Eu pretendo cumprir e esta semana foi positiva porque cumpri.*

(Responde sem hesitações, compreende o exercício e manifesta congruência com o que está a transmitir).

Eu: *Em relação ao exercício físico quais são as mudanças positivas que destaca?*

(Elucido o P. que estes pontos foram focados no módulo de adesão ao regime terapêutico e trabalhados dentro do grupo psicoeducativo).

P.: *Eu desejo ter mais resistência a correr, a andar estou bem. Eu consigo com força de vontade deixar de fumar e consigo comer comida sem sal e estou também a deixar de comer coisas com açúcar. Sentia-me melhor se fosse mais magro, devia deixar de fumar e comer menos. Eu pretendo cumprir. Esta semana fiz umas poucas caminhadas e tive piscina.*

(No geral compreende o exercício mas dispersa relativamente ao objetivo pretendido, foca a alimentação e o tabagismo).

Eu: *Na alimentação saudável...*

(Recordo-me que sinto bastante calor. Neste momento convido o cliente a prosseguir uma vez que já tinha os exercícios todos escritos).

P.: *Eu espero continuar a comer comida saudável sem sal e desejo beber coisas sem açúcar. Eu consigo comer coisas sem sal, sentia-me melhor se comesse menos. Eu deveria seguir mais instruções dos enfermeiros da área de dia. Eu pretendo seguir à risca as indicações do enfermeiro e esta semana consegui alimentar-me melhor ou manter as coisas boas e melhorar também.*

(Volta a repetir o que já tinha escrito e revela pouco iniciativa da sua parte, não se revê como o principal interveniente no processo de adesão ao regime terapêutico, mostra uma postura passiva em relação à informação que lhe é transmitida).

Eu: *Para terminar em relação ao tabagismo...*

(Mexo-me na cadeira e destaco que estamos quase a terminar a entrevista).

P.: *Desejo deixar de fumar “brevemente” e consigo ter força de vontade porque já consegui uma vez. Sentia-me melhor se conseguisse deixar de fumar. Eu deveria de começar aos poucos. Eu pretendo deixar de fumar para me sentir bem e para os outros se sentirem melhor ao pé de mim. Durante esta semana mantive o nível da semana passada e nesta reduzi cerca de 20 cigarros por semana.*

(Demonstra conhecimento sobre os malefícios do tabagismo, mas continua a adiar as tomadas de decisão, esclareceu que o “brevemente” seria no final de 2013 ou início de 2014. Revela estar a diminuir o número de cigarros, foi efetuado reforço positivo).

A sequência de interação apresentada surgiu no momento de exploração da entrevista após 15 minutos do início da mesma. A sequência foi relevante porque respondeu aos objetivos delineados para a entrevista e o P. expressou a sua perceção sobre vários assuntos, relacionados com o seu regime terapêutico, tornando-se uma interação rica nesse sentido.

Duração da entrevista: 30 minutos.

Para uma mudança positiva em relação à minha motivação para não faltar às consultas/tratamentos/área de dia

Eu desejo SER ASSÍDUO PARA PODER CUMPRIR E PARTICIPAR.

Eu consigo COM ALGUMA FORÇA DE VONTADE

Sentia-me melhor se ESTIVE-SE SEMPRE PRESENTE

Eu deveria FIXAR MAIS AS COISAS

Eu pretendo CUMPRIR

Esta semana FOI POSITIVA PORQUE CUMPRIR.

Para uma mudança positiva no exercício físico

Eu desejo TER MAIS RESISTÊNCIA A CORRER A AJUDAR ESTOUBEN.

Eu consigo ~~SE~~ COM FORÇA DE VONTADE, DEIXAR DE FUMAR, E CONSIGO
CORRER CORRIDA SEM SAI E ESTOUBEN DEIXAR DE BEBER COISAS COM AÇÚCAR
COMO CAPÉICHA, SUPOSET,...

Sentia-me melhor se FOSSE MAIS MAGRO

Eu deveria DEIXAR DE FUMAR COMEN MENOS.

Eu pretendo CUMPRIR.

Esta semana FIZ VIMAS POULAS CAMINHADAS E TIVE PISCINA

Para uma mudança positiva na alimentação saudável

Eu desejo CONTINUAR A COMER COMIDA SEM SAL E DESEJO
BEBER COISAS SEM AÇÚCAR.

Eu consigo COMER COISAS SEM SAL

Sentia-me melhor se COMESSE MENOS.

Eu deveria SEGUIR ^{MAIS} AS INSTRUÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ALIMENTAÇÃO

Eu pretendo SEGUIR A RISSA AS INDICAÇÕES DO ENFERMEIROS

Esta semana CONSEGUI ALIMENTARME MELHOR OU MANTEN AS COISAS
BOAS E MELHORAR TAMBÉM.

Para uma mudança positiva em relação ao tabagismo

Eu desejo DEIXAR DE FUMAR "REVEHENTE"

Eu consigo TER FORÇA DE VONTADE, PORQUE JÁ CONSEGUI 1ª VEZ

Sentia-me melhor se CONSEGUISE DEIXAR DE FUMAR

Eu deveria DE COMEÇAR AOS POUCOS

Eu pretendo DEIXAR DE FUMAR PARA ME SENTIR BEM
E PARA OS OUTROS SE SENTIREM MELHOR AO PE DE M

Esta semana MANTIVE O NÍVEL DA SCLAWA PASSADA ESTE
REDUZI CERCA DE 20 CIGARROS POR SEMANA.

Entrevista 07/02/2013

O P. não compareceu encontrava-se com gripe.

Entrevista 14/02/2013

O P. não compareceu e continuava com gripe.

APÊNDICE X – Módulo adesão ao regime terapêutico: planeamento da primeira sessão

PLANO DA SESSÃO					
MODERADOR: Enfermeira Ana Maduro COMODERADOR: Enfermeiro Orientador			LOCAL: Unidade de intervenção comunitária: sala de atividades		
DATA E HORA: 15 de Janeiro de 2013 às 10:10			GRUPO A QUE SE DESTINA: Grupo psicoeducativo		
1. Objetivo da intervenção			2. Objetivos específicos		Número da sessão: 1 Duração da sessão: 45 minutos
1.1.Contribuir para a tomada de decisão no regime terapêutico.			2.1. Promover escolhas que levam a mudanças positivas e estilos de vida saudáveis. 2.2. Informar sobre fatores promotores e protetores do bem-estar e da saúde mental. 2.3. Aumentar a autonomia na gestão do regime terapêutico. Resultados Esperados: Ajudar na identificação de recursos internos e externos que promovam uma maior tomada de decisão face ao regime terapêutico.		
1.	2.	Duração (minutos)	Conteúdo	Metodologia	Material de apoio
		10	<ul style="list-style-type: none">Apresentação dos objetivos	Método expositivo	Cadeiras Computador
1.1.	2.1. 2.2. 2.3.	30	<ul style="list-style-type: none">Definição de regime terapêutico.Qual a razão para não tomar a medicação?Estratégias de adesão à terapêutica.Importância do exercício físico.Importância de uma alimentação saudável.	Método expositivo com recurso a PowerPoint	Cadeiras Computador
		10	<ul style="list-style-type: none">Esclarecimento de dúvidas.Avaliação da sessão.	Método interativo	Cadeiras Computador

Avaliação da sessão: Adesão ao regime terapêutico	
Moderador: Enfermeira Ana Maduro Co-Moderador: Enfermeiro José Souta	Local: Unidade de intervenção comunitária: realizada na sala de actividades
Data e Hora: 15 de Janeiro de 2013 às 10:10h	Grupo-alvo: Utentes da área de dia que frequentam o grupo psicoeducativo

- Qual o assunto que achou mais interessante? Porquê?

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIO FÍSICO PORQUE
É MUITO BOM SENTIR-MOS BEM COM NÓS PRÓPRIOS

- Sobre o que foi falado gostaria de aprofundar mais alguns dos temas?

COMPORTAMENTOS DE RISCO PORQUE HÁ PESSOAS QUE TÊM DE SER
VIGIADAS FREQUENTEMENTE

Cliente M.

Obrigado!

Avaliação da sessão: Adesão ao regime terapêutico	
Moderador: Enfermeira Ana Maduro Co-Moderador: Enfermeiro José Souta	Local: Unidade de intervenção comunitária: realizada na sala de actividades
Data e Hora: 15 de Janeiro de 2013 às 10:10h	Grupo-alvo: Utentes da área de dia que frequentam o grupo psicoeducativo

- Qual o assunto que achou mais interessante? Porquê?

TER UMA ALIMENTAÇÃO CORRECTA E FAZER EXERCÍCIO FÍSICO. PORQUE AJUDA A PREVENIR DOENÇAS E PORQUE AJUDA A SENTIR-MO-NOS BEM.

- Sobre o que foi falado gostaria de aprofundar mais alguns dos temas?

SIM O DA ALIMENTAÇÃO

Cliente P.

Obrigado!

APÊNDICE XI – Módulo adesão ao regime terapêutico: planeamento da segunda sessão

PLANO DA SESSÃO						
MODERADOR: Enfermeira Ana Maduro COMODERADOR: Enfermeiro Orientador				LOCAL: Partida: Unidade de intervenção comunitária Desenvolvimento da atividade: Complexo desportivo inserido no concelho		
DATA E HORA: 22 de Janeiro de 2013 às 10:00				GRUPO ALVO: Clientes do Programa de Reabilitação		
1. Objetivo da intervenção				2. Objetivos específicos		Número da sessão: 2 Duração da sessão: 120 minutos
1.1.Incentivar a atividade física como um comportamento saudável que melhora a saúde física e mental				2.1. Dar a conhecer estratégias de empowerment que possibilitam respostas adaptativas para a manutenção/recuperação da saúde mental e bem-estar. 2.2. Ajudar os clientes em escolhas de saúde mais ajustadas com recurso a alternativas terapêuticas complementares adequadas. 2.3. Informar sobre o acesso a recursos comunitários que respondam às necessidades dos clientes. Resultados Esperados: Que o grupo reconheça e integre a atividade física como uma estratégia complementar na gestão do regime terapêutico.		
1.	2.	Duração (minutos)	Conteúdo	Metodologia	Material de apoio	
		10	<ul style="list-style-type: none">Apresentação dos objetivos e do planeamento geral da sessão	Método expositivo	Cadeiras	
1.1.	2.1. 2.2.	20	<ul style="list-style-type: none">Caminhada até ao complexo desportivo.	Método ativo		
1.1	2.3.	30	<ul style="list-style-type: none">Visita guiada ao complexo desportivo.Fornecimento de informações sobre o funcionamento e utilização do complexo desportivo.	Método ativo Método expositivo		
1.1	2.1. 2.2.	20	<ul style="list-style-type: none">Explicação da dinâmica de grupo.Dinâmica de grupo o “Mestre”¹	Método expositivo Método ativo	Sala Cadeiras Música Colunas de som	
1.1		20	<ul style="list-style-type: none">Reflexão sobre a sessão.Avaliação da sessão.	Método interativo	Sala Cadeiras	

¹ DINÂMICA DO "MESTRE"

Colocar os participantes em círculo, sendo que uma pessoa deve ser escolhida para ser o mestre e a outra o adivinhador. O mestre dirige o grupo através de movimentos livres, sendo que tudo o que o mestre fizer deve ser imitado pelo restante grupo. O adivinhador deve ausentar-se da sala antes do mestre ser escolhido e depois volta a entrar para tentar descobrir quem é o mestre. Tem duas hipóteses, se errar volta a sair se acertar o mestre passa a ser o adivinhador. A dinâmica tem como objetivo promover a criatividade, a mobilidade física, a coordenação e a concentração.

Avaliação da sessão: Adesão ao regime terapêutico – Actividade física	
Moderador: Enfermeira Ana Maduro Co-Moderador: Enfermeiro José Souta	Local: Unidade de intervenção comunitária Complexo desportivo inserido na comunidade
Data e Hora: 22 de Janeiro de 2013 às 10:00h-12:00h	Grupo-alvo: Utentes da área de dia

O que achou da visita ao complexo desportivo?

Para si qual a importância da actividade física?

A ACTIVIDADE FÍSICA É MUITO IMPORTANTE PORQUE PREVIENE DOENÇAS CARDIOVASCULARES FAZ-NOS SENTIR BEM CONOSCO PROPRIOS.

Cliente M.

Obrigado!

Avaliação da sessão: Adesão ao regime terapêutico – Actividade física	
Moderador: Enfermeira Ana Maduro Co-Moderador: Enfermeiro José Souta	Local: Unidade de intervenção comunitária Complexo desportivo inserido na comunidade
Data e Hora: 22 de Janeiro de 2013 às 10:00h-12:00h	Grupo-alvo: Utentes da área de dia

O que achou da visita ao complexo desportivo?

Para si qual a importância da actividade física?

É IMPORTANTE PARA EXERCITAR, PARA DISTRAIR A CABEÇA.
FAZ-ME SENTIR BEM TANTO FÍSICA COMO PSICOLÓGICAMEN-
TE. E DEPOIS DE UM DIA COM ACTIVIDADE FÍSICA ~~VA~~ AJUDA
A REDUZIR O STRESS, E VOU PARA A CASA MUITO MAIS DESCAN-
ÇADO E DURMO MUITO MELHOR.

Cliente P.

Obrigado!

APÊNDICE XII – Módulo adesão ao regime terapêutico: planeamento da terceira sessão

PLANO DA SESSÃO					
MODERADOR: Enfermeira Ana Maduro COMODERADOR: Enfermeiro Orientador			LOCAL: Partida: Unidade de intervenção comunitária Chegada e desenvolvimento da atividade: Complexo desportivo * inserido no concelho *Estabelecido o contacto com o complexo no dia 24 de Janeiro novamente, com o objetivo de remarcar a visita guiada ao complexo desportivo.		
DATA E HORA: 29 de Janeiro de 2013 às 10:00			GRUPO ALVO: Clientes do Programa de Reabilitação		
1. Objetivo da intervenção			2. Objetivos específicos		Número da sessão: 3 Duração da sessão: 120 minutos
1.1. Ajudar na tomada de decisão face a comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis.			2.1. Promover o bem-estar e a saúde mental. 2.2. Ajudar a encontrar fontes de motivação pessoais e significativas que levem a mudanças de comportamento positivas. 2.3. Informar sobre o acesso a recursos comunitários que respondam às necessidades dos clientes. Resultados Esperados: Que o grupo compreenda a importância dos comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis na gestão do regime terapêutico.		
1.	2.	Duração (minutos)	Conteúdo	Metodologia	Material de apoio
		10	<ul style="list-style-type: none">Apresentação dos objetivos e do planeamento geral da sessão.	Método expositivo	Sala de atividades Cadeiras
1.1.	2.1. 2.2. 2.3.	40	<ul style="list-style-type: none">Caminhada até ao complexo desportivo.Visita guiada ao complexo desportivo.Fornecimento de informações sobre o funcionamento e utilização do complexo desportivo.	Método ativo Método expositivo	
1.1	2.1. 2.2.	20	<ul style="list-style-type: none">Revisão do conceito de adesão ao regime terapêutico.Benefícios do exercício físico.Benefícios de uma alimentação saudável e equilibrada.O tabaco e as suas consequências.	Método expositivo Método participativo	Sala Cadeiras
		20	<ul style="list-style-type: none">Reflexão sobre a sessão.Avaliação da sessão.	Método participativo	Sala Cadeiras

Avaliação da sessão: Adesão ao regime terapêutico – Tomada de decisão	
Moderador: Enfermeira Ana Maduro	Local: Unidade de intervenção comunitária
Co-Moderador: Enfermeiro José Souta	Complexo desportivo inserido na comunidade
Data e Hora: 29 de Janeiro de 2013 às 10:00h-12:00h	Grupo-alvo: Utentes da área de dia

O que achou da visita ao complexo desportivo?

ACHEI A VISITA AO COMPLEXO DESPORTIVO MUITO
INTERESSANTE, FOI BOM FICAR A CONHECER AS VÁRIAS
ACTIVIDADES QUE LÁ SE PODE FAZER.

Cliente M.

Obrigado!

APÊNDICE XIII – Cliente J.

O J. tem 45 anos de idade e frequenta a instituição desde os 8 anos, estudou no centro educacional/centro de recursos para a inclusão que abrange crianças e jovens dos 6 aos 18 anos de idade. O pai do cliente faleceu, a mãe tem 81 anos de idade e é a pessoa de referência, apesar de ter uma prima como tutora. Tem uma irmã que reside na África do Sul com a qual tem pouco contacto. Atualmente o J. reside no Lar Residencial da instituição e costumava ir a casa aos fins de semana de 15 em 15 dias para estar com a mãe, que o acompanhava às consultas médicas e de enfermagem.

Durante as férias de Natal foi para casa da mãe e na véspera de ano novo esta sofreu uma queda, à qual o J. assistiu e da qual resultou uma fratura do colo do fémur (foi internada para intervenção cirúrgica). A mãe do J. já tem antecedentes anteriores de fratura do colo do fémur no membro inferior contrário, onde colocou uma prótese total da anca há cerca de 10 anos. Este acontecimento com a mãe desorganizou o J. apresentando-se inquieto e ansioso.

Quadro clínico: Esquizofrenia paranoide desde 1984 com debilidade mental moderada.

Medicação:

	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Akineton Retard 4 mg	x			x
Diazepam 10 mg	½x	½x	x	
Risperidona 2 mg			x	
Tercian 100 mg				x
Haldol 30 gotas SOS				
Morfex 15 mg SOS				
Anatensol Decanoato 50mg	2/2 semanas			

Avaliação Holística

09/01/2013

“[Tudo começou] aos 39 anos pensava em danificar carros em gasolina, em todo o tipo de animais, menos o macaco. Falar com eles e fugir para a floresta. Disseram que eu estava doente, eu irritei-me, foram pessoas conhecidas. Aceitei o conselho. No início não acreditava, fui acreditando aos poucos. [Ao longo do tempo quais as mudanças] Mudou, nunca mais deixei a medicação. O cérebro estava cansado e deu intenção de fugir para a floresta. Levou-me ao hospital esses delírios. De vez enquanto [tenho] delírio, só que a medicação não deixa avançar, fico mais calmo.

Gosto de estar no centro de atividades e faço fichas de leitura, tapetes, desenhos, teatro. Gosto de tudo menos de amachucar garrafas. Mas a minha mãe partiu a perna e já tem a outra partida, agora não anda. Sou um bocado agressivo, tenho pensamento agressivo. Sou simpático. Gosto de falar. Quero ter um filho, ser cremado. Gostava de fazer carpintaria. As pessoas importantes são a Tia Emília que morreu em 2007, e a minha mãe também e os colegas do lar.

Os objetos importantes são o relógio porque não tem números, foi a mãe que me deu. Gosto de música rock eram músicas modernas. Gosto de música pimba. Eu amigos não tinha, importantes são só os da instituição. Na rua gozavam comigo diziam olha lá vai aquele e apontavam, isso não se faz. A minha preocupação é a minha mãe na mesma, já foi operada estou contente mas enervado ao mesmo tempo, foi para casa da minha prima. Eu vou lá no fim de semana vê-la, mas ela e a filha implicam com ela e comigo, isso deixa-me nervoso. Será que a minha mãe vai voltar a subir escadas? Tenho medo. Como vai ser depois?” (sic)

Nota:

Durante esta entrevista o J. manifestou bastante ansiedade, preocupação com a mãe e um pensamento na sua generalidade desorganizado. Levantou-se com frequência, aproximava-se de mim de modo a falar-me ao ouvido, por diversas vezes senti-me desconfortável na entrevista. Mesmo quando confrontado com o meu desconforto através da minha postura e discurso, manteve a mesma atitude pouco adequada e sem noção dos limites. Foi uma abordagem muito difícil em que o recurso às técnicas de comunicação, não provocaram os objetivos que pretendia.

Avaliação das necessidades de saúde:

Manifesta desejo de ser escutado e de suporte emocional

- O J. tem dificuldade em contar a sua história de vida neste momento. Encontra-se mais desorganizado desde que assistiu à queda da mãe. Este acontecimento é fonte de stress na sua vida, provoca-lhe angústia, perturbação e um controlo da situação num nível 10, ou seja, o mais elevado na avaliação holística apesar de não o conseguir expressar por estas palavras.

Avaliação do estado de saúde mental segundo Trzepacz e Baker (2001):

Aspeto, atitude e atividade: Cliente vígil, com idade aparente inferior à real, magro, encontrava-se sentado na cama do seu quarto. Tem uma posição corporal característica com os ombros encolhidos e a cabeça para a frente. Postura inquieta e ansiosa. Aspeto cuidado, vestuário adequado à época. Contacto superficial.

Humor e emoções: Humor eutímico, mas a expressão emocional por vezes é incongruente.

Discurso e linguagem: Cliente com débito das palavras acelerado, com uma dicção pouco clara, má articulação das palavras e um discurso espontâneo.

Alterações formais do pensamento, conteúdo do pensamento e percepção: Processo de pensamento com características de tagencialidade, circunstancial e com fuga de ideias. Expressou algumas ideias delirantes que teve no passado, mas de forma desorganizada. Sem alteração da percepção.

Cognição: Orientado em relação à pessoa, espaço e tempo. Manteve a atenção, mas não a concentração. Manifesta alterações na memória, nomeadamente não se lembra que me contou que a mãe tinha sofrido uma queda, questionando várias vezes como é que eu tinha essa informação.

Insight e juízo crítico: Cliente aparentemente com *insight* para a sua doença reconhece os delírios e a importância da medicação “*Levou-me ao hospital esses delírios. De vez enquanto [tenho] delírio, só que a medicação não deixa avançar, fico mais calmo. O*

processo de juízo crítico encontra-se ausente e sem reflexão sobre as tomadas de decisão e ações.

Diagnóstico do estado de saúde:

Foco de enfermagem: **“Crise”** (...) disposição para gerir um ponto de viragem – para melhor ou para pior – num acontecimento de perda ou stress, uma situação temporária de desequilíbrio, tensão, comunicações ineficientes, dificuldade na resolução de problemas, no reconhecimento das mudanças e recursos e no reconhecimento ou utilização das redes de suporte externas; associada a acontecimentos de perda ou de stress (...) ” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003, p.50).

Plano de cuidados Cliente J.	
Diagnóstico	Intervenções de enfermagem
Crise	<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer uma relação terapêutica positiva baseada na compreensão e suporte emocional;• Ajudar o J. a identificar e a expressar os seus sentimentos e emoções no momento presente;• Ajudar na tomada de consciência do significado que atribui à situação que lhe provocou este desequilíbrio;• Contribuir para identificar os efeitos que este acontecimento tem na sua vida.
Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none">• Que o J. consiga libertar tensões e emoções que está neste momento a vivenciar, sentindo-se compreendido e apoiado.	

Entrevista 17/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Incentivar o J. a expressar os seus sentimentos e emoções face ao acontecimento stressante que está a vivenciar.
- Ajudar o J. na tomada de consciência do significado que este atribui à situação que lhe provocou este desequilíbrio.

Eu: *Como é que correu hoje o dia?*

(Encontrava-me sentada, com as pernas cruzadas).

J.: *Correu bem fiz uma ficha de leitura, estive a lavar a loiça depois estive no ginásio... Estive com a animadora a fazer umas brincadeiras...Hoje não dormi nada de noite. Estava a ver uma coisa branca depois acordei com o susto, o que será isto senhora enfermeira? Esta coisa branca... Eu vi uma coisa branca como aquela parede.*

(Inclina o tronco para o lado e deita-se, gesticula com as mãos, olha para baixo e passa os dedos das mãos por um cobertor de modo repetitivo para trás e para a frente fazendo desenhos).

Eu: *Pois não sei J. o que poderá ser, mas foi só hoje que não dormiu?*

(Inclino o tronco e coloco as mãos ao longo do mesmo. Sinto-me tensa, não sei ao certo o que responder. Coloco uma questão mais objetiva para centrar mais o assunto).

J.: *Sim foi só hoje....*

(Continua a olhar para baixo e a mexer no cobertor a fazer desenhos com os dedos. Fica em silêncio).

Eu: *Houve mais algum motivo que tirasse o sono?*

(Tento com que o J. consiga expressar as suas preocupações utilizando linguagem simples).

J.: *Ontem tive a ligar à minha madrinha de batizado [prima e tutora] ninguém atendia o telefone depois despistei-me não queria falar com ninguém...telefonei para o telemóvel da minha mãe, está com uma prima minha e dois primos meus mora lá a mãe do meu primo, e*

meu tutor filho da minha prima [Continua o discurso mas não consigo acompanhar]. *O pai é só meu primo não é tutor, o meu primo não quer casar parece-me mal feito.*

(Levanta-se e senta-se na cama algumas vezes, junta as mãos no colo e inclina o tronco para a frente. Manifesta que quando não consegue falar com a mãe ao telefone lhe causa preocupação. Depois não consigo acompanhar o discurso, recordo-me que tentei clarificarlo mas que não fui eficaz).

Eu: *E o J. como se está a sentir agora?*

(Pretendia compreender o que sente e os significados que atribui a este acontecimento. Sinto-me preocupada com a orientação da entrevista, mas também começo a sentir cansaço e dificuldade na concentração).

J.: *Estou a sentir-me enervado por causa da minha mãe ter caído. A minha mãe ia para o hospital e tive de bater no vidro, vi a minha mãe a cair e há 10 anos atrás já foi operada... eu vou por aqui a data antiga quer ver faz em 2022 os 10 anos e depois este ano faz 10 anos que caiu da outra vez. Estava enervado porque pensava que a minha madrinha não queria atender o telefone dela, é daqueles modernos dá para ver o nome tem assim uma quantidade de botões.*

(O J. conta várias vezes o momento da queda da mãe e como procedeu para pedir ajuda. Entretanto levanta-se e vai buscar uma máquina de calcular e começa a fazer contas demoro algum tempo a perceber o que está a realizar).

Eu: *Falou hoje com a mãe... e como estava ela?*

(Continuo a realizar questões mais diretivas para focar a atenção do J.).

J.: *Não sei o telefone não tem televisor...*

(Volta a inclinar o tronco e a realizar movimentos cíclicos no cobertor com os dedos).

Eu: *Hum mas como achou na voz, como lhe pareceu...*

(Sinto-me com calor e gesticulo com as mãos).

J.: *Eu fui lá ao hospital com um professor meu, eu acho que a minha mãe não vai voltar a andar. Fui vê-la este fim de semana a casa da minha prima estava sentada numa cadeira, não achei as pernas muito corretas, as pernas estão mais fininhas. Eu antes deitava a medicação fora, perdi a injeção que estava no bolso cheguei lá ao posto médico e depois*

não acreditavam. Se eu bebesse a injeção morria, não morria? E se desse a um bebé ia preso?...aquilo é veneno o anatenol não é?

(Olha em frente e endireita o tronco. Levanta-se e senta-se. Não expressa as suas emoções de modo claro e novamente direciona a entrevista para outro assunto sem voltar ao assunto principal. Coloca várias questões).

A sequência de interação exposta encontra-se na fase de exploração. A entrevista decorria há cerca de 10 minutos. Escolhi esta sequência uma vez que foi onde vivenciei e senti mais dificuldades em gerir a comunicação com o J.

Duração da entrevista: 30 minutos.

Entrevista 24/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Gerir melhor as minhas dificuldades na gestão da comunicação.
- Ajudar o J. na organização do seu pensamento.
- Manter o suporte emocional.

Eu: *J. como foi a sua semana?*

(Introduzo uma questão mais aberta para iniciar a exploração da entrevista).

J.: *Bem, quer dizer bem não estou, não fui ver a minha mãe este fim de semana. Depois de amanhã vou ao boccia é um jogo todos os sábados. A minha mãe faz 10 anos este verão partiu esta parte aqui e a o ano passado partiu esta parte aqui o colo do fémur. Não pode subir as escadas. E daqui a 20 anos?*

(Levanta-se e exemplifica quais os lados das diferentes fraturas e baixa o tronco. Aponta várias vezes para as ancas, senta-se e permanece a olhar para mim à espera de uma resposta).

Eu: *O J. sabe que daqui a 20 anos a mãe terá 101 anos...isso já é muita idade é melhor pensar agora neste momento. A recuperação demora mais devido à idade, ainda é cedo...*

(Fico um pouco tensa e demoro algum tempo a responder. Faço algum confronto com a realidade em relação ao que me perguntou e volto a trazer o assunto para o presente).

J.: *Sim é muita idade é verdade...Enquanto a minha mãe for viva vou lá vê-la depois quando ela faltar vou lá na mesma ver a minha família.*

(Olha para o chão, inclina o tronco para a direita e mexe no cobertor com a palma da mão para cima e para baixo, como se estivesse a fazer festas. Parece que a resposta que forneci foi esclarecedora neste momento).

Eu: *E em relação a ir visitar a mãe sabe quando vai?*

(Inclino o tronco para trás e falo mais alto. Pretendia organizar e orientar a entrevista).

J.: *A minha prima está com muitas preocupações neste momento, por isso não sei...mas eu não sei se disse à senhora enfermeira mas eu não consigo andar sozinho na rua. Se eu tivesse autonomia para andar aqui nesta zona, que não tenho não me deixam sair. Quando vou para o CAO [Centro de atividades ocupacionais] vou com a carrinha e quando venho também. Agora custa não ir ver a minha mãe.*

(Inclina o tronco para a frente. Levanta-se e senta-se da cama várias vezes com as mãos colocadas na cama e olha para baixo. A questão da autonomia poderá prender-se com o facto de necessitar e estar dependente de familiares para o levarem ao encontro da mãe).

Eu: *Estão com dificuldades em vir buscá-lo este fim-de-semana...*

(Levanto mais a cabeça. Manifesto compreensão e reformulo e devolvo o que me disse).

J.: *A minha madrinha diz que às vezes a minha prima não tem tempo. Tentei convencer a minha mãe a não dizer mal da minha madrinha senão eu pagava na mesma moeda.*

(Inclina o tronco para o lado direito e começa novamente a mexer no cobertor e a fazer festas com a palma da mão. Recordo-me que tive alguma dificuldade em compreender esta unidade de interação, mais tarde na entrevista voltou a mencionar esta situação mas fiquei na mesma pouco clarificada).

Eu: *Como se está a sentir...não vê a sua mãe há quanto tempo?*

(Coloco uma questão que ajude na ventilação de algumas preocupações).

J.: *Já não me lembro...fico um bocado com dores é na cabeça e no peito.*

(Levanta-se e senta-se da cama com frequência, mas não desenvolve a resposta. Associa a tristeza que sente a dores físicas que identifica mais facilmente).

Eu: *E pelo telefone tem conseguido falar?*

(Sinto cansaço. Recorro ao telefone pois parece-me ter sido até agora, um recurso importante para o J. manter o contacto com a mãe).

J.: *Não ela não quer que eu ligue para lá. É para não gastar dinheiro...mas não sei qual a ideia dela ficava preocupada.*

(Aproxima-se de mim e afasta-se. Aparenta um fâcies pensativo e parece também não compreender porque não pode telefonar).

A sequência de interação apresentada encontra-se nos primeiros 7 minutos na fase inicial de exploração. Nesta sequência foi onde trabalhei e geri melhor a gestão da comunicação, a organização do pensamento e mantive uma intervenção de suporte emocional.

Duração da entrevista: 35 minutos.

Entrevista 05/02/2013

Objetivos da entrevista:

- Manter o suporte emocional.
- Proporcionar a ventilação e expressão das suas preocupações.

Eu: *Como correu a semana passada?*

(Neste momento pretendo obter uma apreciação global da semana anterior. A entrevista da semana passada foi desmarcada por motivo de doença da minha parte).

J.: *Fui ao boccia [jogo praticado num pavilhão desportivo aos sábados de manhã] no sábado, à tarde fui ver a minha mãe e depois no domingo tivemos atividades com uma animadora.*

(Mexe no cobertor com as mãos e inclina o tronco para a direita e quase se deita na cama. Esboça um sorriso e parece satisfeito com as atividades desenvolvidas a semana passada, nomeadamente ao fim de semana).

Eu: *E a mãe como estava já não a via há uns dias...*

(Cruzo as pernas. Convido o J. a prosseguir o discurso).

J.: *Sim a minha prima antes estava constipada. Estava bem [a mãe], mas está mais velhota, mais idosa. Eu depois se calhar tenho de lhe fazer as compras ao sábado e ao domingo. Ao sábado tenho o boccia, o jogo e depois ao domingo á a animadora Maria e não queria perder.*

(Levanta-se e senta-se, abre as gavetas da mesa de cabeceira e volta a sentar-se. Tem um fâcias preocupado, mas não compreendo o conteúdo da mensagem transmitido).

Eu: *Perder como J.? Está a pensar voltar a passar os fins de semana com a mãe quando ela voltar para casa é isso?*

(Recordo-me que me sinto tensa e com dificuldade em nortear o assunto da entrevista. Neste momento busco a clarificação).

J.: *Eu não sei, não sei, mas estou com medo de perder o boccia a atividade com a animadora Maria....se ela cair outra vez já não consegue levantar-se.*

(Fica pensativo e é vago na resposta, permaneço sem compreender a sua preocupação).

Eu: *A mãe já consegue andar melhor?*

(Coloco uma questão mais diretiva e reoriento o assunto da entrevista).

J.: *Eu quando lá fui a última vez não percebi muito bem, isto para não estar a dizer palermices à senhora enfermeira. Andava de andarilho sem rodas... da primeira vez que vi andava de andarilho como quem andava de canadianas. Tem umas meias elásticas brancas. Preparou-me o lanche quando fui visitá-la.*

(Inclina o tronco para a frente e levanta-se deixando as mãos na cama e volta a sentar-se. Tem dificuldade em descrever como está a mãe e a sua reabilitação, mas revela no seu discurso alguns sinais que a mãe está melhor).

Eu: *Hum parece estar melhor...*

(Devolvo a minha compreensão da mensagem que transmitiu e aguardo validação).

J.: *Sim, anda de andarilho...ah a minha prima não quer que eu fique aqui no pátio [da instituição] à espera dela ela disse... se te vir ali ao pé do pátio faço marcha atrás e vou-me embora. Eu não queria abandonar o boccia e a terapeuta Maria ao domingo.*

(Confirma a melhoria da mãe, mas muda o curso da entrevista e volta a referir preocupação).

Eu: *Abandonar J.?*

(Sinto-me preocupada não estou a conseguir clarificar o porquê desta preocupação do J. Reforço as palavras que me disse para demonstrar atenção e compreensão).

J.: *Eu vou-lhe contar uma coisa os pais que mordem nos filhos, vão presos não vão? A minha mãe quando era mais nova mordia-me.*

(Inclina o tronco e mexe no cobertor com os dedos para cima e para baixo. Fica pensativo, não responde à questão e coloca uma questão que me deixa insegura por momentos).

A sequência de interação apresentada encontra-se na fase inicial de exploração após 14 minutos de contacto. Nesta sequência geri a comunicação por vezes com dificuldade, e mantive uma intervenção de suporte emocional.

Duração da entrevista: 30 minutos.

Entrevista 13/02/2013

Síntese e avaliação das intervenções realizadas.

APÊNDICE XIV- Cliente L.

A L. tem 42 anos de idade, é do sexo feminino. Esta cliente foi internada quando tinha 1 ano de idade com o diagnóstico clínico de tumor cerebral. Tem antecedentes de maus tratos infantis e foi entregue ao cuidado da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa onde esteve até aos 14 anos de idade. Os pais divorciaram-se, o pai era alcoólico e a mãe tem uma doença do foro psiquiátrico. Tem três irmãs, mas não tem relações significativas com a mãe ou as irmãs. O pai faleceu há cerca de 2 anos, manifesta muito afeto quando fala do pai, esta morte induziu descompensação psicótica na L. com várias recorrências ao serviço de urgência geral em 2012, sendo que estabilizou o seu quadro clínico a partir de Dezembro de 2012.

Trabalhou em cafés e frequentou um curso de hotelaria durante 3 anos. Existe referência de 1 internamento no Hospital Miguel Bombarda por “esgotamento” onde esteve três meses. Em 1995 fez uma tentativa de suicídio.

Atualmente reside na Residência autónoma da instituição e frequenta a formação profissional (já frequentou várias formações) neste momento encontra-se na lavandaria.

Quadro clínico: Debilidade mental moderada, associada a quadro psicótico.

Medicação:

	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Gabapentina 300 mg		x		x
Tegretol 200 mg	x		x	
Priadel 400 mg	x		x	
Bialzepam 3 mg	x			x
Trazadone 150 mg				x
Quetiapina 100 mg				x
Risperidona 3 mg				x
Omeprazol 20 mg	x			
Akineton 2 mg	x		x	
Risperdal consta 25 mg	3/3 semanas			

Avaliação Holística

27/12/2012 e 02/01/2013

“Vivia na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. O meu pai meteu-me lá. A minha mãe deixou-me lá. Aos três meses cai numa pia, fiz várias operações. Tive até aos 15 anos [Na Misericórdia]. Aos 16 anos fui para o hospital. Aos 18 anos fui copeira, lavava talheres, copos, tirava bicas. Fiz um curso e era a melhor copeira do mundo. Tomei conta de uma senhora velhota, dava-me medicamentos para trabalhar mais. Trabalhei em Santa Maria, Pulido, tudo na cozinha até aos 21/22 anos.

Não gostava de jardinagem, encadernar livros era difícil, costureira era difícil. Ainda não trabalhei em copeira [na instituição]. Gostava de ser copeira. Não gosto de estar na lavandaria. Tenho de gostar. Trabalhei na associação dos idosos, sim é verdade. Gostei muito, tive lá algum tempo. Saí de lá e vieram entregar-me.

Andava na rua com o meu pai. A mãe fechava a porta e nós não entrávamos. Ela quis matar o meu pai. Ela é maluca. Tenho 3 irmãs, dão-se bem o problema é sempre comigo. Deixei de andar na rua. O meu pai morreu há dois anos. Estou contente de estar aqui. Fiz o 3.º ano da escola, era muita gente.

Gosto de ler o Pinóquio, a Cinderela. Gosto de rock, dos Europa. A amizade é importante, mas tenho namorado aqui. Tive internada doente, lembro-me que tive de ser tratada, porque fazia tudo à pressa. Não faço lá nada na lavandaria, não sei passar a ferro, termina em Abril e já estou cansada. Divirto toda a gente, sou amiga, sou pontual, inteligente. As pessoas riem-se.

Gosto do peluche deu-me a minha colega de quarto. Queria que me dessem um emprego para trabalhar: L. vai para a cozinha. Ajudar naquilo que gostava [que o enfermeiro faça por mim]. A lavandaria é um grande aborrecimento é no 10 [foi desenhada uma montanha em que a parte mais alta é 10, que é o máximo de problema que causa e mais baixa 1 o mínimo problema]. A pessoa importante é a minha colega de quarto. Quando vou para a formação elas [Profissionais da Associação] pensam que vou para o café.” (sic).

Avaliação das necessidades de saúde:

Compreender quais são as dificuldades da L.

- *“Não gostava de jardinagem, encadernar livros era difícil, costureira era difícil. Ainda não trabalhei em copeira [na instituição]. Gostava de ser copeira. Não gosto de estar na lavandaria. Tenho de gostar.” (sic).*

Avaliação do estado de saúde mental segundo Trzepacz e Baker (2001):

Aspeto, atitude e atividade: Cliente vígil, com idade aparente inferior à real. Manteve-se sentada, mas assumiu várias posturas, gesticula com os braços. Tem um comportamento regressivo, mas com vestuário adequado à época. Cliente com obesidade. O contacto é simpático mas oscila com um contacto superficial. Demonstrou uma atitude colaborante. Apresenta tremor fino das extremidades.

Humor e emoções: Humor eutímico, expressão emocional consistente e congruente.

Discurso e linguagem: Cliente com discurso de um modo geral espontâneo. Apresenta dificuldade na compreensão e na expressão oral. Discurso pueril.

Alterações formais do pensamento, conteúdo do pensamento e percepção: A entrevista necessitou de ser orientada com muita frequência para o seu objetivo. Relativamente ao processo do pensamento, revela um discurso tangencial e com fuga de ideias por períodos. O conteúdo do pensamento por vezes é mágico *“Fiz um curso e era a melhor copeira do Mundo.” (sic)*. Manifesta ideias de desconfiança *“Tomei conta de uma senhora velhota, dava-me medicamentos para trabalhar mais.” (sic)*; *Quando vou para a formação elas [Profissionais da associação] pensam que vou para o café.* (sic). Não manifesta alterações da percepção.

Cognição: Orientada em relação à pessoa, espaço e tempo presente, mas com discurso pouco claro em relação ao passado. Manteve atenção no momento, mas pouca concentração durante a entrevista.

Insight e juízo crítico: Cliente sem *insight* para a sua doença “*Tive internada doente, lembro-me que tive de ser tratada, porque fazia tudo à pressa*”. (sic). Não apresenta processo de juízo crítico.

Diagnóstico do estado de saúde:

Foco de enfermagem: “**Identidade pessoal** (...) conjunto de ideias, sentimentos e atitudes que cada um tem sobre a sua identidade, merecimento, capacidades, limitações e opiniões de outros (...) ” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP Versão beta 2, 2003, p.54).

Plano de cuidados Cliente L.	
Diagnóstico	Intervenções de enfermagem
Identidade Pessoal Alterada	<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito;• Utilizar técnicas de comunicação e linguagem adaptada que possibilitem a expressão das suas dificuldades;• Manifestar compreensão pelas dificuldades da L. sentidas na adaptação à formação profissional;• Ajudar na identificação de qualidades pessoais características da sua individualidade.
Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none">• Possibilitar à L. um espaço sem julgamentos para que esta consiga identificar as suas características individuais.	

Entrevista 09/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Ajudar na exploração e identificação das dificuldades nas diferentes áreas de formação experienciadas.

Eu: *L. já experimentou muita coisa na formação, disse-me que era difícil a costura, quer falar sobre isso?*

(Não me senti desconfortável por estar no quarto da L., pois demonstra segurança e calma quando se encontra no mesmo. Foi colocada uma questão mais aberta, mas mesmo assim o discurso não foi muito desenvolvido).

L.: *Era difícil cozer as bainhas das calças, era muita coisa não gostava.*

(Apresenta o olhar para baixo, baloiça sentada na cama. Parece-me pensativa).

Eu: *Em relação à jardinagem, o que sentia?*

(Inclinei o corpo inconscientemente a aguardar uma resposta, voltando depois para trás novamente).

L.: *Bem eu não gostava lá dele [instrutor], sempre a dizer L. não é assim, mas eu plantava bem, até gostava mas acabou. Houve um colega que recomeçou outro curso da mesma coisa, mas depois ganho menos subsidio. Tenho de começar um novo. Agora depois de Abril não sei o que vai ser da minha vida, se calhar vou para o hospital não sei.*

(Neste momento apresentava o tronco mais direito, contacto mantido e um fâcies preocupado).

Eu: *Vai para o Hospital...*

(Fiquei confusa. Utilização de reflexo simples de modo a esclarecer o conteúdo da mensagem e também uma busca de clarificação).

L.: *Pois não sei, mas já estive em Santa Maria, Pulido Valente na cozinha a lavar pratos mas eu estava lá no internamento e ajudava. Depois fiquei de muletas e de cadeira de rodas, fui tomar conta de uma velhota, tinha uma filha. Ela dava-me comprimidos para engordar, dizia L. toma que tens de trabalhar. Aí engordei até agora.*

(Gesticula bastante e fala muito alto. Neste momento manteve-se com discurso tangencial e pensamento imaginativo).

Eu: *Mas L. e a encadernação de livros? Já me tinha dito que era difícil...*

(Realização de questão direta para tentar focar a entrevista nos objetivos com recurso ao que já me tinha transmitido anteriormente).

L.: *Isso era muito difícil, ele [instrutor] estava-me sempre a dizer L. não sabes fazer um livro, ensinou-me mas eu estragava o livro.*

(Continua a gesticular e a falar mais alto do que o costume. Reconhece que não conseguia ser produtiva nesta formação).

Eu: *Como correu hoje na lavandaria?*

(Coloca as mãos sobre o colo e cruza as pernas, lembro-me que estava numa posição desconfortável. Pretendo retomar à realidade e aos sentimentos atuais face à atividade de formação frequentada).

L.: *Oh não fiz nada meti a roupa dentro da máquina e secamos, fizemos à vez. Uma instrutora morreu a mãe diz que ela chamava por ela. O meu pai também me chamava, oh L. anda cá... agora não chama mais...é assim. Aquilo já estou cansada saio de casa de noite e chego a casa de noite, venho no autocarro. Estou cansada. Eu quero ir para a cozinha!*

(Coloca as mãos em cima da cama, olha para o relógio preocupada com a hora do jantar apesar de ainda faltar tempo. Fala do pai com clareza e demonstra compreensão pela dor da instrutora).

Eu: *Pensar assim nas dificuldades que sentiu nas várias experiências pode ajudar a ter uma atividade que goste mais...*

(Esclarecer os objetivos delineados através do que já foi referido pela cliente, revelou ser mais fácil de compreendê-los).

L.: *Sim, queria a cozinha. Lavar pratos e canecas.*

(Esboça sorriso e ri-se bem alto, levanta-se e foi-me mostrar uma caixa de música que recebeu no Natal e gosta muito).

A sequência de interação encontra-se na fase de exploração da entrevista que decorria há cerca de 10 minutos. Selecionei esta sequência uma vez que foram nestas interações que a L. mais esteve focalizada no conteúdo da entrevista.

Duração da entrevista: 30 minutos

Entrevista 17/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Utilização de técnicas de comunicação que possibilitem a expressão das suas dificuldades.
- Manifestar compreensão pelas dificuldades que sente em relação à formação profissional.

Eu: *Como tem passado?*

(Encontro-me sentada numa das camas em frente à L. e inicio a exploração da entrevista com uma questão mais ampla).

L.: *Dói-me a barriga eu não sei o que é... é picadas e cólicas.*

(Olha para baixo. Gesticula com as mãos. Não desenvolve o discurso).

Eu: *E então a dieta como está a correr?*

(Recorro ao que já me referiu uma vez em relação a dieta alimentar e alterações no regime alimentar).

L.: [Ri-se bem alto] *tenho comido doces, como queijo, pão com marmelada e manteiga, como muito pão, mais pão que bolos. Eu não gosto de esparregado com água, só com leite.*

(Mexe bastante as mãos e fala alto. Reconhece que não tem tomado cuidado como o que come e que as dores de barriga podem ter origem na alimentação).

Eu: *Tirando a dor de barriga como foi o seu dia?*

(Pretendia centrar a L. na entrevista com recurso a uma pergunta mais diretiva).

L.: *Não fiz nada.*

(Olha para baixo, fala mais baixo e após responder fica em silêncio).

Eu: *A L. diz sempre que não faz nada, será mesmo assim? Eu quando fui lá a semana passada visitar as instalações vi a L. a passar a ferro.*

(Fico tensa e preocupada pelo desenvolvimento e condução da entrevista. Recorro à confrontação para tentar que consiga exteriorizar algo mais sobre o seu dia).

L.: *Estava a aprender no ferro...Hoje estive na máquina grande e depois lavo a loiça, fiz a secagem e depois ela secou e foi para passar. Lá a que está a ensinar diz que eu carrego muito no ferro. Tenho muita força não consigo de outra maneira.*

(Consegue desenvolver mais o seu pensamento e expressar algumas dificuldades que sente durante a formação profissional).

Eu: *E em relação a esta formação profissional já gosta mais um bocadinho...*

(Cruzo as pernas e mexo no cabelo. Sinto-me ainda um pouco perdida com a condução da entrevista. Como recurso tento reavaliar a sua posição face à atividade que está a desenvolver).

L.: *Não, não gosto...eu tenho de acabar o curso agora para onde me querem mandar não sei. Queria trabalhar num café a tirar bicas, gosto de atender as pessoas, sou simpática, pontual, inteligente para as pessoas. Eu aqui lavo a loiça, meto a mesa.*

(Olha em frente, endireita o tronco e fala alto. Manifesta desejo pelo fim do curso, mas preocupação em relação ao seu futuro que ainda irá ser ponderado posteriormente. No entanto revela qualidades pessoais de modo mais espontâneo).

Eu: *Sente-se melhor com a injeção que está a fazer agora...*

(Questiono como se sente com a alteração terapêutica que foi introduzida recentemente).

L.: *Dói-me as pernas...*

(Levanta-se e flete os joelhos para demonstrar que tem dores).

Eu: *Mas sente-se mais calma...*

(Neste momento tento voltar à questão inicial).

L.: *Sim é verdade estou mais calma...está na hora do jantar.*

(Senta-se e fica pensativa. Reconhece que tem o humor mais equilibrado mas pergunta pelas horas e está bastante preocupada com a hora de jantar).

Esta sequência de interação ocorreu após 10 minutos na fase de exploração da entrevista. Apesar da necessidade constante de orientar a entrevista para o assunto central, a cliente expressou algumas dificuldades que sente e está a vivenciar.

Duração da entrevista: 25 minutos.

Entrevista 25/01/2013

Objetivos da entrevista:

- Utilização de técnicas de comunicação que possibilitem a expressão dos seus sentimentos.

Eu: *Como correu hoje o dia?*

(Introduzo uma questão mais fechada para conduzir a entrevista na direção pretendida).

L.: [Silêncio] *Mais ou menos...*

(Fica pensativa, baixa a cabeça e coloca as mãos em cima da cama. É pouco explícita na resposta mas mantém a cabeça baixa).

Eu: *Então chegou à formação...*

(Sento-me mais direita e olho em frente. Aqui pretendia convidar a L. a prosseguir com o seu pensamento e clarificar a resposta anterior).

L.: *Sim cheguei às 8:20, porque apanhei a camioneta... saio daqui às 7:10 saio de noite ainda...*

(Mantém a cabeça baixa e mexe na roupa. Mantém uma resposta que fica interrompida sem chegar ao que está de facto a preocupá-la).

Eu: *Correu menos bem o dia foi...*

(Recordo-me que cruzo as pernas e chego-me um pouco mais para a beira da cama. Neste momento tento através de palavras que foram utilizadas pela L., demonstrar escuta e compreensão, bem como possibilitar a expressão do que sente).

L.: *Lembrei-me da morte do meu pai, não chorei porque não calhou eu lembrei-me da morte do meu pai...vai fazer quase dois anos.*

(Levanta a cabeça, olha em frente e entrelaça as mãos. Fácies triste. Conseguiu revelar os seus pensamentos e preocupações).

Eu: *Eu compreendo eram muito próximos...*

(Escuto o barulho de outros residentes no corredor, por vezes torna-se alto. Sinto-me mal sentada e posicionada. Pretendia manter uma atitude compreensiva e de escuta em relação à mensagem da L.).

L.: *Sim ele queria sempre a mim, eu quero a minha L., a minha L., L. anda cá...A “Joana” [irmã] a mais velha não me disse nada foi lá ao centro de dia e disse à doutora que o pai tinha falecido. Diga lá à L. e depois eu pensei falta-me alguma coisa e eu perguntei doutora precisa de mim e ah L. preciso. A L. sabe que o pai faleceu. O quê! Ai meu Deus. Chorei nesse gabinete, no outro gabinete, chorei, chorei, chorei. Depois eu fui ao enterro dele, estava vestido todo elegante, nem parecia o meu pai.*

(Olha em frente, inclina o tronco para a esquerda e fala muito alto e com débito acelerado, tornando-se difícil acompanhar. Reconhece que tem muitas saudades do pai. Descreve os últimos momentos deste e como recebeu a notícia da morte do pai).

Eu: *O pai da L. já estava a sofrer?*

(Introduzo uma questão para compreender como o pai se poderia sentir antes de falecer).

L.: *Estava sim era já só ossinhos e pele, ele teve um cancro morreu à quarta semana, passou uma semana, passou outra semana e passou uma terceira semana à quarta morreu. A “Joana” minha irmã é que disse ao meu pai que ele tinha cancro, ainda ficou pior, chorou muito [Silêncio prolongado].*

(Levanta-se e senta-se novamente. Gesticula bastante com os braços e olha para baixo. Manifesta tristeza).

Eu: *Foi um dia mais difícil para a L. hoje...o que fez hoje de tarefas?*

(Mantenho-me atenta e manifesto compreensão, no entanto oriento neste momento a entrevista para outro assunto).

L.: *Eu não faço lá nada e depois ela diz [formadora] faz muita força no ferro a rapariga faz muita força no ferro, fazes força para quê. Meto na máquina de lavar, de secar e quando*

está preparado para passar...faço recados vou distribuir dinheiro por exemplo, levo o almoço à senhora da secretaria. Mas depois fico parada.

(Encolhe os ombros e os braços. Continua a referir que não faz nada na formação profissional, desvaloriza as tarefas que desempenha. Na continuação desta sequência foram reforçadas de modo positivo as funções que desempenha).

A sequência de interação espelhada localiza-se na fase de exploração da entrevista após oito minutos de contacto. A sequência foi escolhida uma vez que foi o momento em que consegui gerir melhor as trocas estabelecidas através da gestão da comunicação, a L. esteve mais focada no momento presente e conseguiu expressar sentimentos e preocupações reais do momento atual dentro da sua história de vida.

Duração da entrevista: 20 minutos.

Entrevista 13/02/2013

Síntese e avaliação das intervenções realizadas.